

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA DE RECTOCELE

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

## **LO QUE USTED DEBE SABER**

### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Un rectocele es un abultamiento del recto a la vagina que se da cuando se debilitan y desgarran los tejidos que soportan el recto y la vagina. Esta intervención sirve para fortalecer y reparar los tejidos dañados y evitar que el recto se hernie hacia la vagina eliminando así tanto los síntomas como las molestias locales y el estreñimiento.

### CÓMO SE REALIZA

La reparación del rectocele se puede hacer a través de la pared posterior de la vagina, a través del periné, a través del ano, o a través del abdomen (infrecuente) por abordaje abierto o laparoscópico. Para la reparación del rectocele puede ser necesario la sutura de los músculos del recto o la colocación de material protésico (malla) entre el recto y la vagina. En ocasiones es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos encontrados durante la operación.

El procedimiento requiere anestesia, ya sea general o regional, de cuya elección y riesgos le informará el anestesista. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Disminuirá/desaparecerá el abultamiento que le aparece en la vagina cuando hace esfuerzo para defecar, así como otros síntomas asociados como suelen ser el estreñimiento, dolor, molestias en sus relaciones sexuales, o incluso sangrado.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar que el recto se hernie hacia la vagina, intentando eliminar las molestias locales y el estreñimiento.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que la alternativa terapéutica más eficaz es la cirugía.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia. Es excepcional, pero no imposible, que estos problemas pudieran producirle la muerte.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Suelen ser poco graves.

Infección o sangrado de la herida, retención aguda de la orina, inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis), dolor prolongado en la zona de la operación.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Apertura de la herida operatoria, alteración de la sutura de los extremos del intestino por problemas de cicatrización (fístula), sangrado o infección dentro del abdomen, o alrededor del ano, obstrucción intestinal.

Rechazo del material sintético que obligue a su retirada, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse dificultades para mantener relaciones sexuales. Reproducción del rectocele.

En caso de abordaje abdominal, podría presentarse sangrado, lesión de intestino u órganos vecinos, o eventual infección de las heridas de la pared abdominal.

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

#### OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico