CIRUGÍA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE

---

1. ¿Qué es? Es un procedimiento quirúrgico para tratar el rectocele, que es un abultamiento del recto a través de la vagina, que se produce cuando se debilitan y desgarran los tejidos que soportan el recto y la vagina. El procedimiento consiste en intentar evitar que el recto se hernie hacia la vagina, eliminando así los síntomas que produce, principalmente la sensación de defecación obstructiva, la sensación de peso, el efecto de masa vaginal y la dispareumia.

2. ¿Cómo se realiza? La reparación se puede hacer a través del recto, a través de la vagina o a través del periné, o mediante un abordaje transabdominal abierto, laparoscópico o robótico (generalmente cuando se asocia a otros problemas del suelo pélvico). Para la reparación del rectocele puede ser necesaria la sutura de los músculos del recto, el uso de un dispositivo de sutura mecánica o la colocación de material protésico (malla) entre el recto y la vagina.
En ocasiones es necesario realizar una preparación intestinal previa para limpiar el intestino. En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo dado de alta el mismo día de la cirugía. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado. El procedimiento requiere anestesia y es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes:** los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento: infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación o flebitis.

- **Infrecuentes**: según la técnica utilizada puede producirse infección alrededor del ano, rechazo del material protésico que obligue a su retirada, aparición de fístulas, estenosis, incontinencia anal o dificultad para mantener relaciones sexuales. En ciertos casos, con el tiempo puede reproducirse el rectocele. Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), Pero, pueden llegar a requerir una reintervención, en ocasiones de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte

4. Consecuencias previsibles de su realización: la curación de la enfermedad o la paliación de sus síntomas y/o signos.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: la progresión del proceso y el empeoramiento de los síntomas disminuyendo la eficacia del tratamiento en el futuro.

6. Alternativas: no existe otra alternativa terapéutica eficaz para corregir el rectocele.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

CIRUGÍA GENERAL

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

☐ **AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO** ☐ **NO AUTORIZO**

☐ **AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS** ☐ **NO AUTORIZO**

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

☐ **REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha** _____

☐ **REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha** _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales