CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOGRAFÍA ENDOANAL-ENDORRECTAL

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: ……., Nº historia: ……

Nombre y apellidos del representante (si procede): ……

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí☐ No☐**

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: ……

INFORMACION GENERAL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla, pero firmarlo no le obliga a someterse a ella. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo/revocación no se derivará ninguna consecuencia adversa en 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.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La exploración a la que usted va a someterse consiste en la exploración, mediante ecografía, del ano o el recto (parte final del intestino grueso) y sus estructuras vecinas.

La ecografía o ultrasonografía es una exploración denominada "no invasiva", es decir, que no irradia a los pacientes ni produce daño o molestia corporal alguna, siendo un procedimiento sencillo y confortable. Consiste en emitir unas ondas de alta frecuencia, producidas por la vibración de un cristal especial que producen imágenes de los tejidos corporales cercanos.

Se requiere un Ecógrafo y una sonda especial (transductor) que genera una imagen de 360º alrededor de esta. Esta puede ser rígida o flexible (ecoendoscopio). La sonda, una vez lubricada, se introduce unos 5 centímetros dentro del ano si va a efectuarse una ecografía endoanal, y algunos más si se requiere una valoración de pólipos o tumores rectales.

La introducción de la sonda se realiza en una posición cómoda acostado sobre el lado izquierdo, y dura unos 10 a 15 minutos.

Las imágenes, son valoradas durante la misma exploración por el especialista. Recientemente puede efectuarse para algunas exploraciones una ecografía en tres dimensiones (3D) para valorar en distintos planos las lesiones.

Cuando evaluamos el recto, se precisa aplicar un **Enema Casen® de 250 ml**, entre 3 y 4 horas antes con objeto de vaciarlo para un óptimo rendimiento de la prueba.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevisto que pueden obligar a utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Permite valorar lesiones que pueden estar en el interior del recto, como pólipos o tumores, o en sus paredes, como lesiones de los esfínteres anales y musculatura del suelo pélvico, prolapso rectal, etc, o por fuera de la pared del ano y recto, como inflamaciones (abscesos), fístulas, y otras patologías. Esta prueba NO sustituye a una exploración endoscópica (colonoscopia).

Las fístulas de ano pueden suponer un reto terapéutico y antes de la cirugía se precisa conocer al máximo posible sus extensiones, trayectos, sus posibles ramificaciones, la existencia de cavidades con pus y también la relación con los esfínteres anales. La técnica quirúrgica a emplear dependerá de forma relevante de estos datos. En ocasiones se precisará introducir un contraste por el orificio de la fístula para ver mejor su trayecto o trayectos.

En cuanto a los tumores de los tercios medio y bajo del recto, y también los del cana anal, es importante para el cirujano y el oncólogo estudiar la extensión en profundidad de la lesión, y si existen o no adenopatías (ganglios), que puedan requerir un tratamiento preoperatorio como quimio y/o radioterapia, o bien nos permitan saber si podemos extirpar el tumor a través del recto sin abrir el abdomen.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La exploración física (inspección anal y tacto rectal) y el estudio mediante endoscopia ofrecen información, necesaria y diferente a la de la ecografía endoanal. La resonancia magnética ofrece una información complementaria a esta prueba.

CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO

Habitualmente se tolera bien, aunque es variable de un enfermo a otro. La introducción de la sonda puede provocar molestias o dolor pasajero o sensación de deseo de evacuar. Una vez realizada la exploración puede reanudar la actividad diaria normal.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Cualquier actuación médica conlleva riesgos. La mayor parte de las veces 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 los conozca.

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: En algunas personas se puede producir un sangrado leve por el ano, molestias abdominales y anales y mareo. Conviene añadir los riesgos menores que pueden derivar del uso de enemas previo a la exploración.

Riesgos poco frecuentes y graves: Perforación o rotura del intestino

Riesgos derivados de sus problemas de salud: Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-respiratorias, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar el procedimiento.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una intervención, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOGRAFÍA ENDOANAL-ENDORRECTAL

RIESGOS PERSONALIZADOS (POR SU PATOLOGÍA) Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:
……
……

CONSIDERACIONES ESPECIALES:
En general no existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y su situación clínica componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente y que pueden hacer desaconsejable el procedimiento.

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:
……
……
……

H**OJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS**:

(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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones. Por ello tomo consciente y libremente la decisión de autorizarla.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones derivadas, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud. Por lo tanto, autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ☐) que:
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa
Dr/a: ……

Firma del paciente
D./Dª: ……

Colegiado nº …….. Fecha: ……

D./Dª: ……, con DNI: ……
en calidad de …… a causa de …… doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: ……

Denegación del consentimiento/rechazo de la intervención:

D./Dª: ……, con DNI: ……
NO AUTORIZO la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad del paciente y/o para su vida.

Firma del paciente Firma del representante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOGRAFÍA ENDOANAL-ENDORRECTAL

Fecha ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª: ……, con DNI: ……

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente Firma del representante

Fecha ……

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el cirujano/a me ha permitido

Fecha ……