CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MANOMETRÍA ANORRECTAL

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 medición de presiones dentro del ano y recto, tanto en reposo como durante la continencia o defecación. Además, nos permite evaluar otros parámetros como la sensibilidad y distensibilidad rectal, reflejos rectoanales, capacidad expulsiva, etc.

Es la exploración de elección para evaluar la función anorrectal, sobre todo en casos de estreñimiento, incontinencia o dolor anal de origen desconocido.

Se realiza mediante varios tipos de sondas (tubo fino y flexible) que se introducen a través del ano con un balón de látex desinflado en la punta. Con el paciente tumbado de lado en una camilla, se coloca unos 10 cms por vía rectal, impregnada con un poco de vaselina o con de lubricante anestésico. La prueba dura unos 15 a 20 minutos, según los casos. Una vez colocada la sonda se le ira retirando lentamente. En algunos momentos se le indicará que contraiga el esfínter anal, que lo relaje, que tosa o que intente expulsarla. Una de las sondas lleva un pequeño balón que se hinchará con agua y se le preguntará sobre las sensaciones que aprecia. No se le aplicará ninguna medicación.

Tras acabar el estudio, el médico suele realizar un tacto rectal, que completará la información de la manometría (el tacto nunca se realiza antes, porque puede alterar los valores del complejo esfínteriano anal).
Las indicaciones para la realización de la manometría son:

- Estreñimiento de posible origen distal (dificultad expulsiva y falta de necesidad defecatoria)
- Incontinencia anal.
- Dolor anal de origen incierto (no orgánico).
- Fisura anal.
- Cirugía anorrectal (valorar función antes y después de ésta).
- Megacolon (Hirschsprung y adquirido)
- Patología del suelo pélvico.

No se precisa ninguna preparación ni dieta previa para realizar manometría endorrectal. Solo en aquellos casos en los que existe un estreñimiento manifiesto es importante aplicar un **Enema Casen® de 250 ml**, entre 3 y 4 horas antes con objeto de vaciar el recto.

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 la misma no contempladas inicialmente.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Permite diagnosticar enfermedades en relación con la fuerza y coordinación de los músculos del esfínter anal y su respuesta a estímulos.

Los parámetros que estudia esta prueba son:

- Musculo liso (esfínter anal interno): longitud, tono, simetría y actividad en reposo.
- Músculo estriado (esfínter anal externo y músculo puborrectal): fuerza continente y simetría.
- Reflejos rectoanales: excitatorio e inhibitorio.
- Sensibilidad rectal: umbral, primera necesidad defecatoria, urgencia defecatoria y máximo volumen tolerable.
- Acomodación o distensibilidad rectal.
- Maniobra defecatoria y capacidad expulsiva del balón.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Generalmente no, ya que aunque pueden ser necesarias otras pruebas para el correcto estudio de estas enfermedades (enema opaco, colonoscopia, ecografía endonanal, etc), la información que se obtiene con la manometría no puede sustituirse por ninguna otra exploración.

CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO

Habitualmente se tolera bien, aunque es variable de un enfermo a otro. El hinchado del balón provoca molestias o dolor que desaparece rápidamente al deshincharlo. 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: Las complicaciones de la manometría anorrectal son excepcionales. En algunas personas se puede producir un sangrado leve por el ano. Conviene añadir los riesgos menores que pueden derivar del uso de enemas previo a la exploración.

Riesgos poco frecuentes y graves: La perforación es una complicación excepcional que puede requerir una intervención

quirúrgica urgente.

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.

Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

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

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

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