

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOGRAFÍA TRANSANAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La ecografía transanal es un método de imagen que utiliza los ultrasonidos para obtener imágenes de la porción distal de recto, canal anal y estructuras adyacentes, permitiendo diagnosticar las enfermedades del segmento digestivo explorado: esfínter anal, recto distal y, en la mujer, tabique recto-vaginal.

Puesto que los ultrasonidos no se transmiten por el vacío, es necesario poner en contacto el elemento generador de los mismos (sonda o transductor) con la región a estudiar, y así producir la imagen ecográfica. Esta circunstancia implica introducir la sonda por el ano cuando éste o el recto son los órganos a estudiar.

La sonda ecográfica es un pequeño dispositivo cilíndrico de 10 milímetros de diámetro, sobre el cual se coloca una funda de látex y un gel conductor. El procedimiento suele durar unos 10-20 minutos y habitualmente se realiza con el paciente tumbado en posición lateral izquierda o apoyado sobre rodillas y codos en la camilla.

La sonda se introduce a través del ano, deslizándola hacia el recto. Resulta útil a veces presionar con el dedo en el cóccix o realizar un tacto vaginal a la vez que se practica la ecografía anal, ya que esta maniobra permite delimitar mejor los esfínteres anales.

En la mujer, cuando es necesario estudiar el tabique entre la vagina y el recto por la presencia de incontinencia, fístulas o tumores, la ecografía transanal puede complementarse con una ecografía transvaginal.

Para valorar el trayecto de las fístulas anales es imprescindible instilar agua oxigenada diluida con suero al 50% por el orificio externo de la fístula mediante un catéter.

Esta exploración no precisa sedación ni anestesia local. Únicamente se requiere, en ocasiones, una preparación previa consistente en la administración de enemas, para que la porción distal del recto esté limpia.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables específicos del procedimiento que pueden ser:

Riesgos frecuentes:

- Molestias anales por la introducción de la sonda.
- Dolor (cuando hay una fisura anal).
- Sangrado (cuando existen hemorroides, fisuras, fístulas o tumores), casi siempre de poca intensidad y autolimitado.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado importante y excepcionalmente perforación local, en caso de tumores, debido a la manipulación y el paso de la sonda.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Exploración mediante resonancia magnética nuclear. Podría ser un método diagnóstico alternativo, pero en esta situación la ecografía transanal es la técnica más adecuada. En ocasiones puede requerirse la realización de ambas pruebas de imagen.

### AUTORIZACIÓN PARA "ECOGRAFÍA TRANSANAL"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: