

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en explorar el canal anal y el tramo final del recto colocando un espéculo que dilata el ano para facilitar la exploración a través de una lente de aumento que se llama anuscopio.

Se realiza en posición de lado con las piernas flexionadas y tras un tacto rectal y previa lubricación de la zona, será introducido el anuscopio. Puede ser necesario, realizar una preparación previa para limpiar la parte final del intestino mediante la administración de un enema en su domicilio.

Con la lente se consigue ampliar la imagen que se obtiene del ano y el perineo y se aplican soluciones líquidas (ácido acético y lugol) para tintar o resaltar posibles lesiones del canal anal.

Durante la exploración además de visualizar el ano, se pueden realizar tratamientos como: ligadura de hemorroides internas con bandas elásticas, esclerosis hemorroidales, extirpación de pólipos, papilas hipertróficas o condilomas, o dilataciones. Estos tratamientos no suelen producir ningún dolor.

También puede ser necesario durante el procedimiento la toma de biopsias para su análisis.

El procedimiento no requiere anestesia general ni loco-regional, pudiendo efectuarse de forma ambulatoria y en la consulta externa. En determinados casos podría requerir sedación y/o anestesia local.

La finalidad del procedimiento es determinar si hay lesiones en las que se debería realizar una biopsia y también para hacer el tratamiento de las mismas o para el seguimiento de las lesiones una vez tratadas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor anal.
- Sangrado rectal leve.
- Fisura en el ano.
- Infección en caso de que se haya realizado biopsia .

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Perforación o rotura del recto.
- Infección perianal.
- Fístula en caso de que se haya realizado biopsia.
- Reacción alérgica o de intolerancia a los medicamentos utilizados en el procedimiento.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento endoscópico o médico, sobre todo si se detectan durante el procedimiento, 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)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>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. Otras alternativas a la técnica son:

- Citología.
- Estudios radiológicos (enema opaco, TAC).

AUTORIZACIÓN PARA "ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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.

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

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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

Fdo. Paciente: