

Servicio Aparato Digestivo

Etiqueta paciente

MANOMETRIA ANAL / BIOFEEDBACK

MAC:

NOMBRE Y APELLIDOS					
Fecha de nacimiento	Edad:	Peso:	Altura:		
DOMICILIO			Nº	Piso	
Localidad	Provincia	C.P.			
Tlf 1.:	Tlf 2.	Tlf 3.			
Servicio Procedencia			Dr/Dra.		
Especifique si padece alguna enfermedad crónica					
Tratamiento que realiza en la actualidad					
¿Desde cuándo tiene los síntomas actuales?			No tiene síntomas <input type="checkbox"/>		
¿Se queda con ganas de hacer deposición una vez que ha terminado?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Tiene dolor continuo en el ano? Si <input type="checkbox"/>	
¿Tiene deposiciones con sangre?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Es otra forma de dolor? Si <input type="checkbox"/>	
¿Tiene supuración?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Mancha la ropa interior? Si <input type="checkbox"/>	
¿Tiene dolor al acabar de hacer la deposición?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Más de 1 vez al mes pero Menos de 1 vez a la semana	Más de 1 vez a la semana pero Menos de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
¿Se le escapan las heces sólidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le escapan las heces líquidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le escapan los gases?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa compresa o pañal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Afecta a su calidad de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le da tiempo a llegar al WC? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Es capaz de diferenciar cuando tiene heces solidas o líquidas o cuando son gases? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Ha tenido algún traumatismo anal o cirugía anal o abdominal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Número de deposiciones a la semana ()			TIPO nº () (ver al dorso Escala de Bristol)		
Nº de partos vaginales ()		Instrumentado <input type="checkbox"/>	Episiotomía <input type="checkbox"/>	Desgarros <input type="checkbox"/>	
Incontinencia urinaria I, II, III : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
TABACO: Si <input type="checkbox"/> Nº cigarros () No <input type="checkbox"/>		ALCOHOL: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		CAFÉ: 0 cafés/día <input type="checkbox"/>	
				1-2 cafés/día <input type="checkbox"/> Más de 2 cafés/día <input type="checkbox"/>	
EXPLORACION					
Inspección Anal			Tacto Rectal		
NO CUMPLIMENTAR POR EL PACIENTE					
DIAGNÓSTICO ACTUAL			¿OPERACIONES ANORRECTALES?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FISURA <input type="checkbox"/>	PROLAPSO RECTAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	¿Por Qué?		
TACTO RECTAL <input type="checkbox"/>	FISTULA RECTOVAGINAL <input type="checkbox"/>		QUÉ TÉCNICA?		
FISTULA PRE <input type="checkbox"/>	INCONTINENCIA ANAL <input type="checkbox"/>				
HEMORROIDES <input type="checkbox"/>	DISINERGIA DEFECATORIA <input type="checkbox"/>				

ESCALA DE BRISTOL

<i>Tipo 1</i>		Bolas duras y separadas, difíciles de pasar	<i>Tipo 5</i>		Trozos blandos con los bordes definidos (pasan fácilmente)
<i>Tipo 2</i>		Con forma de salchicha pero llena de bultos	<i>Tipo 6</i>		Trozos blandos con bordes irregulares. Deposición blanda
<i>Tipo 3</i>		Como una salchicha con grietas en la superficie	<i>Tipo 7</i>		Diarrea, sin trozos sólidos. COMPLETAMENTE LÍQUIDA
<i>Tipo 4</i>		Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda			

PREPARACIÓN

- Se pondrá **UN ENEMA DE LIMPIEZA (CASEN® 250ml.)** a primera hora de la mañana
- Para esta prueba **NO ES NECESARIO ESTAR EN AYUNAS.**

ES IMPORTANTE QUE INFORME SI ES ALÉRGICO/A AL LÁTEX

INFORMACIÓN SOBRE MANOMETRÍA ANAL

La Manometría Anal es una técnica que prácticamente carece de complicaciones, se realiza con el paciente tumbado de lado y con las piernas ligeramente flexionadas.

Puede notar ligeras molestias en la introducción de la sonda.

Durante la prueba el médico le pedirá que realice una serie de ejercicios sencillos.

En general la tolerancia es muy buena.

Una vez finalizada la prueba usted puede hacer vida normal.

INFORMACIÓN SOBRE BIOFEEDBACK ANO-RECTAL

El Biofeedback o Biorretroalimentación Ano-Rectal, es una técnica mediante la cual, una actividad fisiológica (controlar la defecación), se monitoriza con el fin de dar información al paciente, ya sea auditiva o visual, para que aprenda a modificarla y controlarla voluntariamente, de modo que el grado de control aprendido produzca efectos clínicos beneficiosos.

El procedimiento de esta técnica es similar al de la manometría anal, complementándose con una serie de ejercicios. Generalmente se requieren varias sesiones

Hospital Clínico San Carlos

Calle Prof. Martín Lagos s/n 28040 Madrid

Tel.: 91 330 30 00

www.comunidad.madrid/hospital/clinicosancarlos