

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MANOMETRÍA ESOFÁGICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en introducir una sonda por la nariz hasta el estómago que registra las variaciones de presión a distintos niveles, incluida la de la unión entre el esófago y el estómago. Despues se retira poco a poco mientras se le pide que trague saliva y beba sorbos de agua. Durante la prueba no puede hablar, reírse ni tragar sin que se lo pidan, ya que puede afectar a la calidad del estudio.

Para ello antes debe:

- Estar en ayunas, al menos desde 6 horas antes de la prueba.
- En caso necesario, suspender la toma de alguna medicación, según le indique su médico.

La prueba no necesita sedación. A veces se usa un anestésico local para reducir la sensación de náuseas o molestias, dura menos de una hora y después se puede continuar con la actividad habitual y volver a tomar cualquier medicación suspendida.

La finalidad de la técnica es estudiar el movimiento del esófago y diagnosticar la presencia de trastornos o alteraciones, pudiéndose completar dicho estudio con una pH-metría para conocer la presencia de reflujo ácido gastroesofágico. Esto permite además, valorar la necesidad de tratamientos médicos y/o quirúrgicos e incluso comprobar la eficacia de los mismos.

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, que suelen ser leves:

- Náuseas.
- Molestias en la garganta y nariz al introducir la sonda.
- Sangrado leve por la nariz (cede de manera espontánea).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Perforación del esófago, en especial en personas con divertículos esofágicos (pequeñas bolsas o sacos abultados que se forman en su pared).
- Sangrado por repetidos vómitos y arcadas.
- Rotura del hueso de la nariz.
- Aspiración de contenido del estómago en personas con enfermedad pulmonar crónica.
- 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)*

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <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:

- Radiografías (con ingesta de contraste).
- Gammagrafías (que usan un marcador radiactivo) para conseguir las imágenes de su esófago.

AUTORIZACIÓN PARA “MANOMETRÍA ESOFÁGICA”

Yo, D./Dª , como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, parente/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.ª , 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.

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: