

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PH-METRÍA ESOFÁGICA

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

Consiste en introducir una sonda (tubo fino) por la nariz hasta la parte inferior del esófago y/o estómago que registra el pH cada cierto tiempo.

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. Durante las 24 horas que dura el registro debe realizar su actividad diaria normal y puede comer de todo.

En cualquier momento, si lo considera necesario, puede interrumpir la prueba. Para ello sólo tiene que despegar los medios de fijación de la sonda a la nariz y retirarla con cuidado. Esta maniobra no tiene complicaciones y es muy poco molesta. De manera excepcional la prueba puede fracasar o tener que interrumpirse por no poder introducir la sonda por la nariz o ser intolerante a la misma.

La finalidad de la técnica es valorar el grado de acidez del esófago (pH) durante 24 horas, para comprobar si hay reflujo gastroesofágico (el ácido del estómago pasa al esófago). También ayuda a decidir que tratamiento es el más adecuado (fármacos o cirugía) y 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.
- 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)*

- 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

No tiene.

### AUTORIZACIÓN PARA "PH-METRÍA ESOFÁGICA"

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.

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:       |



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Digestivo*

---

**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: