



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA pHMETRÍA ESOFÁGICA DE 24 HORAS

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La pHmetría esofágica es una prueba diagnóstica ambulatoria que permite la medicación del pH (grado de acidez del esófago) durante 24 horas. En este tiempo usted realizará sus actividades habituales con el fin de valorar la existencia de reflujo gastroesofágico (paso del contenido ácido del estómago al esófago).

Para ello se introduce una sonda fina (de aproximadamente 2 mm) a través de la fosa nasal hasta la parte inferior del esófago/estómago que, conectada a un equipo grabador portátil, registrará el pH a intervalos regulares. No requiere sedación, aunque en ocasiones puede emplearse un anestésico tópico para reducir la sensación nauseosa o alguna de las pequeñas molestias locales, que suelen desaparecer una vez colocada la sonda.

En cualquier momento, si usted 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 lenta y cuidadosamente, esta maniobra no tiene complicaciones y es muy poco molesta. La imposibilidad de introducir la sonda por la nariz o la intolerancia a la misma son causas excepcionales de un fracaso o interrupción prematura de la exploración (menos del 1%).

El objetivo de la prueba es el estudio y diagnóstico del reflujo ácido del esófago y valorar la necesidad de determinados tratamientos médicos o quirúrgicos.

PREPARACIÓN

Se recomienda suspender las siguientes medicaciones, salvo que el especialista le indique lo contrario:

- Antiácidos (por ejemplo, Almax®) 4 horas antes
- Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol) 10 días antes del estudio
- Ranitidina, famotidina 48 horas antes

Es necesario que permanezca en ayunas durante al menos 6 horas antes de la prueba, para reducir el riesgo de vómito y aspiración. Una vez colocada la sonda puede tomar su comida habitual.

No deberá emplear cremas en cara ni pecho el día de la prueba.

No deberá fumar en las 12 horas previas a la prueba

No podrá tras la colocación de la sonda:

- Ducharse
- Utilizar el teléfono móvil
- Utilizar conexión inalámbrica a Internet

Cuando se marche a su domicilio le entregaremos una hora diario donde anotará hora de inicio y finalización de comidas, tiempo acostado y molestias.

Una vez finalizado el estudio y retirada la sonda, puede realizar sus actividades normales y reiniciar la medicación interrumpida.

RIESGOS

Es frecuente la presencia de náuseas y/o molestias nasales durante la introducción de la sonda y, en ocasiones, pequeñas hemorragias nasales que ceden espontáneamente. Muy raramente puede producirse la perforación esofágica de un divertículo, una hemorragia digestiva alta por reiteradas náuseas y vómitos o la aspiración pulmonar del residuo esofágico.

ALTERNATIVAS

No existe una alternativa a la pHmetría esofágica, siendo la mejor prueba para el estudio del reflujo.

CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

DECLARO:

Que el Dr./Dra.
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **pHMETRÍA ESOFÁGICA DE 24 HORAS**.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que **estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **pHMETRÍA ESOFÁGICA DE 24 HORAS**.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

*EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI **NO** DESEA REALIZARSE LA PRUEBA*

REVOCACION

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL