

Hoja de información y consentimiento

Ha sido usted citado para la realización de una **ph-metría esofágica ambulatoria**.

Como usted ya sabe por la información que ha recibido de su médico, y como resultado de los estudios que le han sido realizados hasta ahora, existe la sospecha de una enfermedad del esófago, incluido reflujo gastroesofágico. Para estudiar esta posibilidad, su médico considera necesaria la realización de esta prueba, que es la única exploración que permite estudiar, durante un día completo, el tiempo que permanece el reflujo ácido en contacto con la mucosa del esófago, su relación con los períodos de sueño, comidas, posición, y su asociación con síntomas relacionados. Si está usted operado del esófago o del hiato, esta exploración es la única que permite medir el grado de acidez en el esófago distal durante 24 horas y, por lo tanto, que da una información veraz del resultado de su operación. En definitiva, la pH-metría esofágica de 24 horas es la prueba indicada para evaluar la cantidad y calidad del reflujo ácido al esófago distal.

Para que la prueba sea lo más veraz posible, deberá usted seguir detenidamente las siguientes instrucciones:

- Debe **suprimir la administración de medicaciones** que pueden alterar la normal secreción del estómago, siempre y cuando el médico responsable de tal tratamiento lo autorice:
 - **Antiácidos:** Almax, Alugel, Bemolan, Maalox, Minoton y otros. Al menos **8 horas antes** de la exploración,
 - **Antihistamínicos**, incluidos anti-H₂, tipo cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina, etc., al menos **48 horas antes** de la exploración.
 - **Antisecretores**, del tipo del omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, etc., al menos **7 días antes** de la exploración.
- Si tiene alguna duda respecto a alguna medicación, no dude en consultárnoslo.
- Debe estar en **ayunas**, al menos, **6 horas** antes del procedimiento.
- Debe **evitar fumar**, al menos, **6 horas** antes del procedimiento.

Esta prueba **consiste** en la introducción de una sonda de muy pequeño calibre por un orificio nasal, la cual quedará instalada durante 24 horas dentro de su esófago, lo que va a permitir estudiar los cambios de pH en el esófago, que quedan registrados en un pequeño aparato tipo holter. Una vez iniciado el estudio, **debe hacer su vida habitual**, de la forma más normal posible, pero evitando ejercicios extremos. Usted debe llevar este grabador permanentemente bien sujeto mientras realiza las actividades diarias habituales. Asimismo, **debe apuntar en su hoja-diario** cada síntoma, si se produce, así como la hora a la que lo sintió; cuándo come y cuando se tumba o se levanta. La intención de la prueba es vigilar lo que ocurre en su esófago durante un día normal, especialmente si hay síntomas; por este motivo, le rogamos que si usted sabe lo que aumenta sus molestias, lo haga durante el tiempo que tenga puesta la sonda (por ejemplo, echarse la siesta). **Debe evitar alimentos especialmente ácidos:** alcohol, limón, naranja, tomate frito, yogourt, refrescos y gaseosas; y evitar tomar alimentos muy fríos o muy calientes. Entre las comidas sólo puede tomar agua. Debe **evitar fumar** en la medida de lo posible. **Es muy importante que la sonda no se mueva de la posición en que la hemos colocado.**

La realización de una pH-metría esofágica, al igual que cualquier otro procedimiento médico realizado sobre un órgano interno, conlleva un **riesgo de fracaso** y también de aparición de **posibles complicaciones** en relación con la introducción y emplazamiento de la sonda: **aspiración broncopulmonar, accesos de tos, sangrado** y, muy excepcionalmente, **perforación esofágica**.

Hemos deseado informarle de la necesidad, naturaleza y eventuales riesgos de la realización de una pH-metría esofágica, pero es evidente que la última decisión le corresponde exclusivamente a usted, por lo que le rogamos que nos confirme que ha comprendido esta información y que dé su **consentimiento para la realización de la pH-metría esofágica**.

Si precisa más información o alguna aclaración, no dude en preguntarnos.

!!! AVISE SI ES ALÉRGICO A ANESTÉSICOS LOCALES!!!

OTRAS CONSIDERACIONES:

Las sondas de pH-metría son un material muy delicado que utilizamos convenientemente esterilizado. Por dicha delicadeza, deberá tratarla con cuidado.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

CONSENTIMIENTO:

Yo _____, con DNI _____, declaro que:

- He sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho/a con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para su realización.
- Si surgiere alguna situación urgente que requiriese algún procedimiento distinto de lo que he sido informado/a, autorizo al médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- He sido informado/a de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar dicha revocación si esto llegara a suceder.

Firma del paciente

*Firma del médico
Nº Colegiado*

En caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, el consentimiento debe ser firmado por su representante legal (con indicación del carácter con que interviene: padre, madre, tutor, etc.).

En calidad de _____, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Nombre: _____ DNI: _____

Firma del representante

En _____, a _____ de _____ de _____

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo _____, con DNI _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de esta decisión.

Motivo: _____

*Firma del paciente
o representante legal*

Firma de un testigo

*Firma del médico
Nº Colegiado*

Nombre: _____ DNI: _____,
en calidad de _____, DENIEGO/REVOCO (táchese lo que no proceda) la realización del procedimiento mencionado.

En caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, la denegación/revocación del consentimiento debe ser firmado por su representante legal (con indicación del carácter con que interviene: padre, madre, tutor, etc.).

En _____, a _____ de _____ de _____