



CONSENTIMIENTO INFORMADO MANOMETRÍA ESOFÁGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Nombre y apellidos del paciente:, n° historia:

DNI del paciente

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí** **No**

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

· En qué consiste:

La manometría esofágica sirve para estudiar los movimientos del esófago y de sus esfínteres superior e inferior, mediante el registro y el análisis posterior de los cambios de presión que se producen en el interior del esófago.

· Cómo se realiza:

Se introduce una sonda fina por la nariz y posteriormente permanecerá tumbado mientras se realizan de forma periódica pequeñas extracciones de la sonda, pidiéndole trague, tanto en seco como con agua, de tal manera que se van registrando en un ordenador las presiones a diferentes niveles del esófago y se valora su comportamiento. La introducción y el paso de la sonda por la nariz y la faringe (garganta) habitualmente sólo produce escasas molestias y pronto se habituará a la sensación que produce la sonda. Puede darse el caso de imposibilidad de introducir la sonda de manometría por la nariz o intolerancia a la misma, con consecuente fracaso o interrupción prematura de la prueba, aunque estas situaciones son muy poco frecuentes.

La prueba dura menos de una hora, y posteriormente podrá continuar su actividad habitual.

Ante cualquier duda, consulte con su médico o pónganse en contacto telefónico con nosotros

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales:

El paso de la sonda por la nariz y faringe es levemente molesto, pero el resto de la prueba generalmente se tolera bien. Los riesgos más frecuentemente asociados a esta técnica son de poca importancia. Durante la colocación de la sonda pueden producirse náuseas, molestias nasales o en la garganta, tos irritativa y, en ocasiones, pequeñas hemorragias nasales que suelen ceder espontáneamente.

Existen otros riesgos muy infrecuentes, como hemorragia digestiva alta por náuseas y vómitos reiterados o perforación esofágica en pacientes con divertículos esofágicos. Además, en función de la situación clínica del paciente, existen otros riesgos de mayor gravedad, como la aspiración del contenido gastroesofágico en pacientes con enfermedad pulmonar crónica.

Ante la sospecha de achalasia, se recomienda no tomar alimentos sólidos durante las 24 horas antes de la realización de la prueba, para minimizar el riesgo de aspiración.



Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Con esta prueba se pretende estudiar la motilidad esofágica y diagnosticar la presencia de trastornos motores esofágicos, pudiéndose completar dicho estudio con una pH-metría para valorar la presencia de reflujo ácido gastroesofágico. Esto permitiría, además, valorar la necesidad de determinados tratamientos médicos y/o quirúrgicos e incluso comprobar posteriormente la eficacia de los mismos.

La manometría es la mejor técnica para el estudio de la motilidad esofágica.

¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle el procedimiento y/o prueba, y usar imágenes e información de su Historia Clínica con fines docentes o científicos. Su anonimato será respetado.

Declaraciones y firmas:

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros del CENTRO con fines asistenciales, de gestión investigación científica y docencia. Solo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición.

Relativo al paciente:

D./D.^a con D.N.I.

He sido informado/a suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida.

Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Firma del paciente

Fecha:



Relativo al médico que la realiza:

Dr./Dra. he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:

Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña. no tiene capacidad para decidir en este momento.
D./D^a. con D.N.I. y en calidad de he sido informado/a suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha: