

## **1. INFORMACIÓN ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO**

Es una prueba diagnóstica que permite valorar la motilidad del esófago, de sus esfínteres superior e inferior, así como su sincronismo. Se consigue mediante el registro de las variaciones de presión que se producen en el interior del esófago.

## **2. JUSTIFICACIÓN PARA SU REALIZACIÓN**

La manometría permite detectar alteraciones en el movimiento normal del esófago así como de la correcta apertura y cierre del esfínter esofágico necesarios para el correcto pasó de los alimentos desde la boca hasta el estómago. Útil para valorar el estado del esfínter esofágico inferior y su correcto cierre en personas que presentan sensación de acidez, de ardor o dolor retroesternal o neumonías de repetición. Permite además comprobar la eficacia de determinados tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos que afecten a la motilidad del esófago.

## **3. PREPARACIÓN Y RIESGOS DE LA NO PREPARACIÓN**

Para la realización de la manometría esofágica deberá tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- Es necesario un ayuno de al menos 6 horas antes de la prueba.
- Salvo la indicación expresa, deberá suspender toda aquella medicación que pueda interferir los resultados, de manera que:
  - a) Los antiácidos, alginatos, procinético, anticolinérgicos, miorelajantes, nitratos, bloqueadores de los canales del calcio, se retirarán al menos 12 horas antes.
  - b) Los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> (cimetidina, famotidina, ranitidina) Así como Los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rebeprazol) se suspenderán al menos 3 días antes.

Tenga en cuenta que, si no cumplió la preparación indicada, el examen deberá suspenderse, teniendo que repetirlo en otra oportunidad.

## **4. METODOLOGÍA PARA SU REALIZACIÓN**

Se introduce por vía nasal u oral una sonda específicamente diseñada, flexible y de varias luces que, conectada a un equipo grabador, registrara simultáneamente las presiones esofágicas a distintos niveles. No requiere sedación, aunque en algunas ocasiones puede ser recomendable la ayuda de un anestésico tópico para reducir la sensación nauseosa o algunas pequeñas molestias locales que suelen reducirse una vez colocada la sonda, por lo que le requerimos nos informe si es alérgico a algún anestésico.

## **5. INCOMODIDADES QUE PUEDE PRESENTAR**

Se puede presentar una sensación de náuseas y algo de molestia cuando la sonda se pasa a través de la nariz y la garganta. En ocasiones aparece lagrimeo, estornudos o tos sin embargo, estos inconvenientes son transitorios y leves en la mayoría de los enfermos. Después de la exploración el paciente puede notar leves molestias en la garganta o un ligero sangrado nasal que desaparece en poco tiempo.

## **6. INFORMACIÓN ESPECIFICA SOBRE LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES**

La realización de una manometría 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 desplazamiento de la sonda: erosiones nasales, pequeñas hemorragias y, muy excepcionalmente, perforación del esófago.

Ante la sospecha de una acalasia esofágica, no tomar alimentos sólidos las 24 horas antes para evitar la aspiración pulmonar del residuo esofágico. Excepcionalmente, también podría producirse en pacientes con enfermedad pulmonar crónica, lo cual sería de mayor gravedad.

## **7. RIESGOS DE NO REALIZAR EL EXAMEN**

Como es lógico va a suponer una inexactitud diagnóstica en la mayoría de los casos y un retraso en la aplicación del tratamiento adecuado. En general, la no realización del estudio imposibilita diagnosticar certeramente su patología motora esofágica, por lo que el tratamiento a prescribir estaría menos fundamentado por la carencia de datos.

## 8. RECOMENDACIONES

Una vez realizado el procedimiento puede volver a su actividad normal e ingerir la dieta habitual.

## 9. ALTERNATIVAS AL EXAMEN O TRATAMIENTO A SER REALIZADO

La manometría es la mejor técnica para el estudio de la motilidad esofágica, aunque la prueba radiológica con contraste baritado y la gammagrafía pueden añadir información complementaria.

## 10. DISPONIBILIDAD PARA AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la página web <https://www.ighosas.com/pages/preparaciones#> encontrará información acerca del procedimiento para su mayor comprensión.

## 11. LIBERTAD PARA LA DECISIÓN DE REALIZAR O NO EL PROCEDIMIENTO

Una vez realizadas las aclaraciones necesarias sobre el procedimiento y está satisfecho con la información recibida continúe el diligenciamiento del consentimiento; de lo contrario si decide la no realización del mismo y sus condiciones complete los campos en el consentimiento informado donde manifiesta su decisión.

## 12. PERMISO DE USO DE DATOS PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Los datos relacionados con su diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo, complicaciones; así como los datos sociodemográficos como edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud son importantes para la evaluación de las enfermedades y conocer su comportamiento en nuestra población. Por ello y fundamentados en la Resolución 8430 de 1993 Artículo 11 donde en el numeral a Investigación sin riesgo, está dado que son registros de investigación documental donde no se realiza intervención o modificación intencionada de las características biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos; y numeral b Investigación con riesgo mínimo donde se emplea el registro de datos de procedimientos comunes o de procedimientos de diagnóstico o tratamientos que requiere y por criterio médico secundarios a la patología de la persona, y se realizarán independiente de su ingreso a la base de datos.

Así mismo, en Igho la protección de datos personales estará regida por las disposiciones de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 del Congreso de Colombia y del Decreto Nacional 1377 de 2013.

- Autorizo el uso de los datos de mi historia clínica de Igho para estudios de investigación.  Sí  No
- ¿En caso de estudios a futuro, quisiera ser participante en esos nuevos estudios?  Sí  No

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:**

En la Ciudad de Bucaramanga, el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro:

Que el (la) Dr. (a) \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente y necesario, en mi situación la realización de \_\_\_\_\_ y que he comprendido adecuadamente la información. (Indicaciones, alternativas, riesgos y beneficios del procedimiento), y teniendo la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas, aclarando las dudas al respecto, por lo tanto acepto la realización de dicho procedimiento incluyendo las intervenciones del personal de enfermería necesarias. Comprendo que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales. Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PACIENTE**  
**CC**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**  
**RM**  
**CC**

**TESTIGO:**

Señor/a, \_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar del paciente).  
Certifico que la anterior declaración es cierta en todo su contenido.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TESTIGO**  
**CC**

En caso de menores de 18 años la declaración deberá ir firmada por al menos uno de los padres y un testigo (familiar).

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta al paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

Firma en su lugar \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos)  
\_\_\_\_\_ (documento) de \_\_\_\_\_.

En carácter de \_\_\_\_\_ (Indicar el grado de parentesco)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL/LA RESPONSABLE**  
**CC**