

## 1. Identificació i descripció del procediment

La PH-metria esofàgica ambulatoria de llarga duració és una prova diagnòstica que permet el mesurament del PH (grau d'acidesa de l'esòfag) durant 24 hores. En este temps, vosté realitzarà les seues activitats habituals a fi de valorar l'existència de reflux gastroesofàgic (pas del contingut de l'àcid de l'estómac a l'esòfag). Per a això s'introduïx una sonda fina (d'aproximadament 2mm) a través de la fossa nasal fins a la part inferior de l'esòfag i/o estómac que, connectada a un equip gravador portàtil, registrarà el PH a intervals regulars. No requereix sedació, encara que en algunes ocasions pot ser recomanable l'ajuda d'un anestèsic tòpic per a reduir la sensació nauseosa o algunes xicotetes molèsties locals, que solen desaparèixer una vegada col·locada la sonda, per la qual cosa li sol·licitem que ens informe si és al·lèrgic a algun anestèsic. En qualsevol moment, si vosté ho considera necessari, pot interrompre la prova; per a això només ha de desapegar els mitjans de fixació de la sonda al nas i retirar-la lentament i acuradament; esta maniobra no té complicacions i és molt poc molesta. La impossibilitat d'introduir la sonda de PH pel nas o la intolerància a esta són causes excepcionals d'un fracàs o de la interrupció prematura de l'exploració (menys de l'1%).

Per a la realització de la PH-metria esofàgica haurà de tindre en compte les indicacions següents: És necessari un dejuni de 6 hores, com a mínim, abans de la prova.

Excepte indicació expressa, haurà de suspendre's tota aquella medicació que pugua interferir els resultats, de manera que:

- Els antiàcids, alginats, procinètics, anticolinèrgics, miorelaxants, nitrats, bloquejadors dels canals del calci, es retiraran almenys 12 hores abans.
- Els antagonistes dels receptors H2 (cimetidina, famotidina, ranitidina) se suspendran almenys 3 dies abans.
- Els inhibidors de la bomba de protons (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) se suspendran almenys 10 dies abans.

És important que vosté realitze una activitat diària normal durant les 24 hores que dura el registre sense cap tipus de restricció alimentària, excepte no prendre excessius aliments grassos ni cítrics, a fi de reproduir fidelment el seu patró de reflux. Així mateix, li proporcionarem un full addicional on fixarà l'inici i la finalització de les menjades, els períodes de descans i la posició adoptada, i també si ha tingut ardor, dolor, tos, nàusees, etc., per a confrontar-ho amb els resultats obtinguts.

Consulte qualsevol tipus de dubte al seu metge de capçalera o bé al seu especialista.

## 2. Objectiu del procediment i beneficis que s'esperen aconseguir

Els beneficis que s'esperen aconseguir de l'estudi i diagnòstic del reflux àcid de l'esòfag són els següents:

- Conèixer el grau de reflux que vosté presenta, valorar la necessitat d'un determinat tractament mèdic o decidir la seua indicació quirúrgica.
- Comprovar, amb posterioritat al tractament, la seua efectivitat.

## 3. Alternatives raonables a este procediment

Cap, ja que la PH-metria esofàgica de 24 hores és indubtablement la millor prova funcional per a l'estudi del reflux.

## 4. Conseqüències previsibles de la realització

Conèixer millor la seua malaltia per a adequar-li el tractament i comprovar la seua eficàcia.

## 5. Conseqüències previsibles de la no-realització

La no-realització dificultaria completar l'estudi de la seua malaltia per reflux i el tractament prescrit mancaria del millor indicador diagnòstic i terapèutic.

## 6. Riscos freqüents

Cap d'importàcia. Nàusees i/o molèsties nasals durant la introducció de la sonda i, en ocasions, xicotetes hemorràgies nasals que acaben espontàniament.

## 7. Riscos poc freqüents

Hemorràgia digestiva alta per reiterats vòmits i nàusees.

## 8. Riscos en funció de la situació clínica del pacient

Aspiració pulmonar del contingut gàstric o esofàgic en pacients amb malaltia pulmonar crònica, la qual cosa seria de major gravetat.

### 9. Declaració de consentiment

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

DNI ..... SIP .....

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

En qualitat de (representant legal, familiar o acostatat del/de la pacient) .....

....., amb DNI .....

Declare:

Que el/la doctor/a ..... m'ha explicat que és convenient/necessari, en la meua situació, la realització de .....

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: ..... DNI .....

Firmat: Dr/a ..... DNI .....

Col·legiat .....

### 10. Revocació del consentiment

Revoque el consentiment donat en data ..... d ..... de 2 ....., i no vull prosseguir el tractament, que considere finalitzat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: el/la metge/essa

Firmat: el/la pacient

Col·legiat .....

