

## DIGESTIVO

### MANOMETRIA ESOFAGICA

1. **¿Qué es?:** La manometría esofágica consiste en la medición de las presiones que producen los movimientos del esófago y del esfínter entre el esófago y el estómago. Sirve para conocer la fuerza y coordinación de los músculos que participan en estos movimientos.
2. **¿Cómo se realiza?:** Deberá estar en ayunas de 8 horas. Salvo indicación expresa, deberá suspenderse toda aquella medicación que pueda interferir los resultados, de manera que:
  - a. Los antiácidos, alginatos, procinéticos, anticolinérgicos, miorelajantes, nitratos y bloqueadores de los canales del calcio se retirarán al menos 12 horas antes.
  - b. Los antagonistas de los receptores H2 (cimetidina, famotidina) se suspenderán al menos 3 días antes.
  - c. Los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) se suspenderán al menos 5 días antes.

Se realiza mediante una sonda (tubo fino de 2 mm y flexible) que se introduce a través de la nariz. La introducción de la sonda se realiza sentado. Ésta se conectará a un sistema que grabará las presiones detectadas a lo largo del esófago y el estómago. Estando en decúbito, el personal le indicará acciones para completar el registro como tragar saliva y beber pequeños sorbos de agua durante unos 10-15 minutos. Una vez finalizada la exploración puede reanudar la actividad diaria normal.

Con frecuencia es una prueba complementaria a la pH-metría de 24 horas, su médico le informará si se le ha de realizar ésta última. En ese caso, se le colocaría la sonda de pH-metría inmediatamente tras finalizar la manometría.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes:** Ninguno de importancia. Náuseas y/o molestias nasales o tos durante la introducción de la sonda y en ocasiones pequeños sangrados nasales que ceden espontáneamente.
  - **Infrecuentes:** La perforación de la lámina del etmoides (un hueso fino del fondo de la nariz) o la aspiración son complicaciones excepcionales. Hemorragia digestiva alta por reiterados vómitos y náuseas.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Con la manometría esofágica se puede diagnosticar o descartar la presencia de enfermedades de la motilidad del esófago para así poder aplicar el tratamiento que su médico le proponga.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Su no realización dificultaría completar el estudio de su enfermedad. 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.
6. **Alternativas:** La radiografía con contraste, la endoscopia digestiva alta o la gammagrafía pueden añadir información complementaria, pero no son un sustituto de la manometría.
7. **Riesgos en función de su situación:** La situación del paciente en el momento de realizar la exploración, así como su patología de base (enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, etc.), serán fundamentales para que sea mayor o menor la posibilidad de presentar complicaciones. El médico intentará que la situación del paciente previa a la exploración sea la más estable posible.

Debe avisar al médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (fundamentalmente infarto de miocardio o angina reciente), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (en especial anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios). Si padece de alguna enfermedad (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia,) puede aumentar la frecuencia de complicaciones.

# MANOMETRIA ESOFAGICA

## DECLARACION DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE				
APELLIDOS			NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO		
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
DATOS PROFESIONAL				
APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL		NUM. COLEGIACIÓN

**DECLARO QUE:**

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento.
- He comprendido la información recibida.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por lo tanto (señale la opción deseada):

**Autorizo** la realización de este procedimiento  **No autorizo** la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_