

Antes del procedimiento:

Este es un procedimiento invasivo, por lo tanto, se habrán analizado las alternativas disponibles para tratar su caso y se habrán hecho los estudios necesarios, antes de decidir hacerle una manometría esofágica. Tenga en cuenta que no es posible garantizar que el procedimiento será exitoso.

Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, marcapasos y/u otros dispositivos electrónicos, medicaciones actuales o cualquier otro antecedente médico de importancia.

Puede ser necesario cambiar o suspender algunos de los medicamentos que usted usualmente toma. Debe tener el ayuno correspondiente, así como también haber hecho la preparación indicada.

¿En qué consiste la Manometría Esofágica?

Es una prueba que sirve para medir el funcionamiento y el movimiento del esófago. Inicialmente se coloca una sonda a través de la nariz hasta el estómago, posterior a esto se inicia la exploración, midiendo las presiones de distintas partes del esófago y observando mediante las gráficas el funcionamiento del esfínter superior e inferior y el cuerpo del esófago.

Para conseguir este trazado es preciso que el paciente colabore tragando una solución salina en 10 oportunidades, luego 10 tragos de solución viscosa (compota) y se finaliza con 5 tragos de agua. Durante el procedimiento se estará movilizand la sonda, de esta forma se examinará los esfínteres y el cuerpo del esófago.

Para que la manometría esofágica sea concluyente, es necesaria la colaboración continua del paciente, para poder estudiar los movimientos del esófago, razón por la cual no se utiliza sedación.

¿Cuáles son los beneficios?

- Ayuda a diagnosticar cualquier tipo de problemas en la deglución o reflujo gastroesofágico.

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento invasivo y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a las condiciones actuales del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) y los específicos del procedimiento:

- Molestias nasales como estornudos o dolor.
- Aumento en la salivación, lo cual incrementa el riesgo de aspiración.
- En ocasiones puede llevar a que se presente lesión pulmonar o neumonía por aspiración. Para disminuir el riesgo debe cumplir con el ayuno.
- Si usted es alérgico al látex, debe informar antes de la prueba a fin de utilizar accesorios libres de látex.
- Puede notar ligeras molestias en la garganta y en la nariz después de la exploración las cuales desaparecen en poco tiempo.

Estas situaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pueden llegar a requerir otro tipo de intervención quirúrgica, en algunos casos de urgencias. Ninguna intervención o procedimiento especial está absolutamente exenta de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

SOBRE LA PREPARACIÓN:

Reconozco que, he sido informado(a) por UGASEND S.A. sobre los riesgos asociados con la no observancia de las indicaciones previas al procedimiento al que voy a someterme. Declaro plena comprensión y aceptación de haber recibido y seguido todas las instrucciones e indicaciones proporcionadas por UGASEND S.A. y el médico tratante. Esto incluye, de manera destacada, el compromiso de cumplir con la preparación previa al

procedimiento, reconociendo que la no observancia de estas instrucciones puede resultar en un resultado falso negativo y, por ende, en la imposibilidad de un diagnóstico correcto, lo que podría acarrear riesgos para la salud del paciente, incluyendo situaciones potencialmente fatales. El paciente asume la responsabilidad total de seguir las indicaciones médicas de forma precisa y oportuna, eximiendo a UGASEND S.A. y el médico tratante de cualquier consecuencia derivada de la falta de cumplimiento.

En virtud de lo anterior, afirmo bajo juramento que, he seguido escrupulosamente todas las indicaciones proporcionadas y que me encuentro en condiciones óptimas para someterme al procedimiento. Soy plenamente consciente de que cualquier falsedad en esta declaración conlleva a responsabilidades legales y asumo los riesgos que puedan derivarse.

Riesgos y Consecuencias:

1. Posible complicación durante el procedimiento.
2. Mayor riesgo de infección o complicaciones postoperatorias debido a falta de preparación adecuada.
3. Necesidad de intervenciones médicas adicionales para corregir problemas derivados de no seguir las instrucciones previas.
4. Resultados con falsos negativos que pueden llevar incluso a resultados fatales para mi salud.

Costos y Responsabilidades:

1. Entiendo que no seguir las instrucciones previas puede resultar en costos adicionales relacionados con tratamientos o repetición del procedimiento.
2. Soy consciente de que la no observancia de las instrucciones podría resultar en la necesidad de atención médica urgente o prolongada, lo cual podría aumentar los costos asociados.

Asimismo, reconozco que, si el profesional de la salud determina que mi preparación es insuficiente conforme a las indicaciones impartidas y toca repetir el procedimiento, asumo las consecuencias económicas y administrativas que se deriven de ello además de las repercusiones que esto podría repercutir en mi salud y bienestar.

Acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda relacionada con las instrucciones previas al procedimiento. Estoy de acuerdo en seguir todas las recomendaciones proporcionadas por el equipo médico para minimizar los riesgos asociados con el procedimiento.

CONSENTIMIENTO

1. Por medio de esta constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgó en forma libre mi consentimiento al Doctor para que, en ejercicio legal de su profesión de Médico Gastroenterólogo, así como por los otros profesionales de la salud que requiera y con el concurso auxiliar de servicios asistenciales del centro, se me practique la Manometría Esofágica.
2. Se me han informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos del procedimiento. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo.
3. El Médico queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo previo la toma de muestras y partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.
4. Entiendo que, si no informé adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

5. Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento, que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice.
6. El tratamiento que me será realizado en esta institución no garantiza los resultados esperados. Por tanto, se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y tratamientos en salud no son una ciencia exacta, debiendo mi médico y especialistas tratantes colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar las afecciones de mi salud por las cual se requirió mi tratamiento e internación.
7. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.
8. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema de consentimiento informado del Paciente.

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.