



REFLUJO GASTROESOFAGICO, MICRO ASPIRACIÓN PULMONAR

El día del estudio deberás presentarte con 15 minutos de anticipación en la Recepción de Pacientes Ambulatorios ubicado en la Planta Baja del Edificio Tradicional (esq. Marcelo T. de Alvear y Larrea), con la orden médica, la credencial y la autorización por parte de tu Cobertura Médica (en caso de ser requerida).

Preparación:

- 4 horas de ayuno.

Requerimientos:

- Adultos: deberá concurrir con alimento semisólido que consuma (yogur-flan).
- Niños: concurrirán con dos biberones, uno de ellos con leche o el alimento que consuma el niño.
- No suspender medicamentos por tratamientos médicos.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

De gran utilidad en pediatría, para estudiar cuadros broncopulmonares a repetición. En los niños es el síntoma principal de la regurgitación que persiste en tiempo o se presenta sin relación con la posición o el aumento de la presión abdominal.

Descripción:

El estudio consiste en estudiar y cuantificar el reflujo del contenido gástrico al esófago mediante la administración por vía oral de una sustancia radiactiva (radiofármaco) incorporado a un alimento líquido o semisólido. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Luego de la administración de radiofármaco por vía oral junto al alimento antes solicitado, se realizarán imágenes secuenciales por 30 minutos debajo del detector del equipo, por lo que sugerimos que los niños concurren en condiciones de tener sueño espontáneo al momento del estudio.

El tiempo estimado de duración del estudio es de 1 hora. Si su médico le solicita evaluación de microaspiración deberá concurrir el día siguiente para realizar imágenes tardías.



Medicina Nuclear

CONSENTIMIENTO MEDICO

Fecha:.....

Datos del paciente

Nombre apellido.....
Fecha de nacimiento.....Nacionalidad.....
Documento tipo.....Número.....
Domicilio.....Código
postal.....
Localidad.....Teléfono.....
....
Cobertura.....Afiliado N°.....
Sexo.....Embarazo.....FUM.....

He sido informado que se me realizará,

que me ha solicitado el Dr./a.....

Se me ha informado que la sustancia radioactiva indicada no conlleva riesgo alguno.

La administración por vía endovenosa de la sustancia radioactiva puede provocar inflamación en el sitio de punción venosa entre las primeras 24hs a 48hs y que de ocurrir esto deberé colocarme hielo, consultar por teléfono o concurrir al IADT.

Doy mi consentimiento para que se efectúe dicho estudio.

He leído y comprendido todo lo descripto y me han sido explicadas todas las dudas relativas al estudio.

En consecuencia doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento solicitado.

Firma del paciente:.....

Aclaración:.....

Firma Médico:.....

Aclaración:.....