

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

FECHA:.....

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....  
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende impedir que el ácido del estómago pase al esófago y evitar así la irritación del mismo. La técnica consiste en construir un manguito completo o parcial con el estómago alrededor del esófago, colocándolo debajo del diafragma. En caso de hernia de hiato asociada, también se realizará reparación de la misma, que en algunas ocasiones puede requerir la colocación de material sintético (malla) para cubrir el defecto herniario. El procedimiento puede realizarse a través de una incisión en el abdomen o en el tórax según los casos.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que la alternativa a la intervención quirúrgica consiste en mantener el tratamiento médico actual de forma indefinida, pero en mi caso se considera que este es el tratamiento más eficaz.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

-Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección o sangrado de la herida operatoria 2. flebitis 3. dificultad para eructar 4. dificultad transitoria al tragar 5. dolor prolongado en la zona de la operación.

-Riesgos poco frecuentes y graves: 1. dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida) 2. Sangrado o infección intraabdominal 3. perforación de vísceras 4. estenosis 5. dificultad importante al tragar 6. reproducción del reflujo gastroesofágico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....  
.....

### CONSECUENCIA DE LA CIRUGIA

En esta intervención se va a impedir que el ácido del estómago pase al esófago y evitar así la irritación del mismo.



DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

REVOCACION

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....)  
 REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

