

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CIRUGIA LAPAROSCOPICA ANTIRREFLUJO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### **IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO**

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se quiere 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.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

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

### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

El cirujano/a me ha explicado 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. Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

El cirujano/a 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. El procedimiento puede realizarse por cirugía abierta.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

El efecto inmediato más importante es el alivio de los síntomas, especialmente de la acidez y la regurgitación. Los vómitos y eructos también disminuirán e incluso desaparecerán. Durante un tiempo puede notar una especie de sensación de dificultad para que el alimento pase al estómago (disfagia). Esto suele ser temporal y se produce por la fijación del esófago y estomago que se realiza en la operación. Además de la eliminación de síntomas, la operación ayudará a evitar que el daño continuado del esófago por el ácido le produzca estrechamiento del conducto (estenosis) o incluso cáncer. La necesidad de tomar continuamente medicamentos para la acidez disminuirá mucho, o incluso desaparecerá. Mejorarán las digestiones y por tanto su calidad de vida. La eliminación de la hernia de hiato, previene las complicaciones de la misma: estrangulación de los órganos herniados, anemia crónica, dificultad respiratoria, etc.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO**

Las posibles consecuencias de no realizar la intervención son la necesidad de tomar continuamente medicamentos para la acidez y aparición de complicaciones como estenosis del conducto y malignización.

### **RIESGOS FRECUENTES**

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección o sangrado de la herida de la operación.
2. Retraso de la cicatrización.
3. Flebitis.
4. Trastornos temporales de las digestiones.
5. Dificultad transitoria para tragar.
6. Dificultad para vomitar y eructar. (Síndrome de atrapamiento gaseoso).
7. Dolor prolongado en la zona de la operación.
8. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

### **RIESGOS POCO FRECUENTES**

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.
7. Producción de un absceso interno o de una peritonitis.
8. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente puede producirse la muerte.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CIRUGIA LAPAROSCOPICA ANTIRREFLUJO

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA LAPAROSCOPICA ANTIRREFLUJO**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA LAPAROSCOPICA ANTIRREFLUJO**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ..... A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO