

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE ANTIRREFLUJO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre del Paciente |  |
| R.U.T del Paciente  |  |

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Con la Cirugía Antirreflujo**, se pretende evitar o tratar los síntomas y la aparición de posibles complicaciones del reflujo de Gastroesofágico. El ácido gástrico, pero a veces también el reflujo alcalino, irritan e inflaman el esófago favoreciendo la aparición de sangramiento, estenosis y posible malignización. En algunos niños puede favorecer la aspiración a la vía aérea y/o relacionarse con síntomas respiratorios, apneas, asma.

También puede estar relacionado con una falla del crecimiento ponderal.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

**El tratamiento consiste** en la creación de un manguito con parte del estómago con el que se rodea el esófago para crear una válvula antirreflujo. Existen varias técnicas y la vía de abordaje es abierta o laparoscópica depende el caso. También este procedimiento puede realizarse en forma laparoscópica si el cirujano estima que lo amerita.

Dependiendo de las condiciones del niño puede requerirse de agregar otro procedimiento como una gastrostomía la cual puede ser realizada concomitante o no con este procedimiento quirúrgico.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al

miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Poco graves y frecuentes:**

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica
- Hematoma
- Dolor prolongado en la zona de la lesión
- Cicatriz hipertrófica
- Flebitis

**Poco frecuente y de mediana gravedad:**

- Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.

**Pocos frecuentes y graves:**

- Shock anafiláctico y/o hemodinámico
- Sepsis

**Otras:**

- Hematoma de las heridas operatorias.
- Colecciones o sangramientos abdominales. Lesión y/ o perforación de órganos.
- Estenosis esofágica. Recidiva del reflujo. Hernia hiatal postoperatoria. Obstrucción intestinal por brida. Disfagia transitoria, dificultad para eructar, distensión gástrica aguda.
- Lesión por trocares o instrumentos de vasos y/u órganos intrabdominales.
- Perforación y peritonitis.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Antirreflujo** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE ANTIRREFLUJO**, por el Dr.(a) \_\_\_\_\_.  
**DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

|   |                              |              |
|---|------------------------------|--------------|
| Firma del Consentimiento:               | <b>FECHA:</b> ____/____/____ | <b>HORA:</b> |
| Procedimiento o Intervención Quirúrgica |                              |              |
| Diagnóstico                             |                              |              |
| Nombre, R.U.T. y Firma Médico           |                              |              |

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

|  |  |
|--|--|
| Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde |  |
|--|--|

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)