



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Antirreflujo

Consentimiento Informado Para Cirugía De Antirreflujo

Consentimiento Informado Para Cirugía De Antirreflujo

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico: **CIRUGÍA ANTIRREFLUJO**

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento 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 pondoestatural.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la **administración de anestesia** y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia. 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 el abordaje puede hacerse por abdomen o por tórax. 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.

Se me ha advertido que otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención. 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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. **Estos pueden ser:**

- **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. Específicos de la cirugía: Infección y/o 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.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.



La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para: **CIRUGÍA ANTIRREFLUJO**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).