

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA ANTIRREFLUJO ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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.

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

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

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

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.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL 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.

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. Además 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 NO REALIZACIÓN

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

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 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.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida).
2. Sangrado o infección intraabdominal.
3. Perforación de vísceras. Estenosis.
4. Dificultad importante al tragar.
5. Reproducción del reflujo gastroesofágico.
6. Producción de un absceso interno o de una peritonitis.

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.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.....) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA

MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a

DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA