

## **CIRUGÍA ABIERTA ANTIRREFLUJO**

### **Descripción del procedimiento**

El Cirujano 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. El procedimiento puede realizarse a través de una incisión en el abdomen o el tórax según los casos.

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.

### **Riesgos generales y específicos del procedimiento**

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Dificultad para eructar, dificultad transitoria al tragar. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Sangrado o infección intraabdominal. Perforación de vísceras. Estenosis. Dificultad importante al tragar. Reproducción del reflujo gastroesofágico.

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

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

## DECLARO

- ✓ Que el Dr/a \_\_\_\_\_ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento de cirugía abierta antirreflujo.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, \_\_\_\_\_), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que la alternativa al procedimiento consistiría en mantener el tratamiento médico actual de forma indefinida.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento de cirugía abierta antirreflujo.

Firma del paciente<sup>22</sup>

Firma del médico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

<sup>22</sup>En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.