Consentimiento Informado
CIRUGÍA ANTIRREFLUJO ABIERTA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo
Mediante este procedimiento se requiere impedir que el ácido del estómago pase al esófago y evitar así la irritación del mismo y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización.

Características
La técnica consiste en constituir un manguito completo o parcial con el estómago alrededor del esófago, colocándolo debajo del diafragma. Esta técnica se puede hacer por vía abdominal o torácica según los casos.
Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento adecuado.
El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o de hemoderivados.

Riesgos
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 sistema, como otros específicos del procedimiento:
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.
Poco frecuentes y graves: Hemorragia o infección intra abdominal, perforación de vísceras, estenosis, colecciones intra abdominales, neumonías post operatorias, trombosis venosas de extremidades, etc.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
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.

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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ANTIRREFLUJO ABIERTA.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal