



# CIRUGIA ANTIRREFLUJO LAPAROSCOPICA

CODIGO:  
PÁGINA 1/2

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

El paciente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años

C.C. No.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DECLARA:

Que el doctor: **ANIBAL PIMENTEL RODRIGUEZ** identificado con C.C. No. **91.227.616** de Bucaramanga; médico especialista en CIRUGÍA GENERAL con R.M. No.1358 S.S.S. me ha informado que es necesario/coveniente realizar:

### CIRUGÍA LAPAROSCOPICA ANTIRREFLUJO

1.- Mediante este procedimiento se busca controlar lo síntomas producidos por el reflujo gastroesofagico.

2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere indispensablemente la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, cuyos riesgos conozco claramente y acepto sin condiciones.

3.- Mediante este procedimiento se realiza mecanismo de valvula antirreflujo y en casos necesarios corrección de hernia hiatal.

4.- 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. Siendo los más frecuentes: Infección o sangrado de herida quirúrgica. Flebitis. Derrame pleural (1,5%). Dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: Infección o sangrado intrabdominal, perforaciones intestinales (gástrica/esofágica 0-4%). Alteraciones

digestivas como dificultad para ingerir alimentos (disfagia) hasta en el 10%.

El médico me ha explicado que la mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y/o endoscópico pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Declaro que conozco que este tipo de procedimiento conlleva un riesgo de complicaciones no mortales de hasta el 26 % y de muerte hasta del 1%.

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

6.- El médico me ha explicado que en mi caso existen alternativas eficaces de tratamiento, me ha explicado en forma clara y amplia estas alternativas y he tomado de manera libre y espontánea la decisión de someterme al procedimiento quirúrgico abajo descrito.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el **DR ANIBAL PIMENTEL RODRIGUEZ**, quien me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Acepto(amos) que el tratamiento quirúrgico de mi problema de salud se rige por el principio de garantía de medios y no de resultados. El procedimiento podrá ser filmado y almacenado con fines académicos si mi medico lo considera necesario.

Por ello, manifiesto(amos) que estoy(amos) satisfecho(s) con la información recibida y que comprendo(emos) y acepto(amos) el alcance y los riesgos del tratamiento.

Acepto(amos) que en mi tratamiento intervengan las personas del equipo de trabajo de LA CLINICA en la que se realice mi cirugía y los que practiquen los procedimientos bien electivos o de urgencias que sea necesarios para intentar ofrecerme la solución a mi problema de salud. Y en tales condiciones,

ACEPTO Que se me realice una

## **FUNDOPLICATURA DE NISSEN POR LAPAROSCOPIA**

Firma paciente \_\_\_\_\_

Firma testigo \_\_\_\_\_

Firma médico \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_