

## Documento de consentimiento informado para intervención quirúrgica de reflujo gastroesofágico (laparotomía con o sin gastrostomía)

Pegatina con los datos  
personales y de indentificación  
del niño a intervenir

Don/Doña \_\_\_\_\_ con el DNI  
número \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del niño  
\_\_\_\_\_ con la historia clínica nº \_\_\_\_\_.

### DECLARO

Que el Dr./Dra. \_\_\_\_\_ me ha  
informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico (retorno  
anómalo del contenido del estómago hacia el esófago), que padece mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es evitar las secuelas de la acción del ácido gástrico sobre el esófago (quemadura esofágica con posterior estrechez cicatricial, dolor, anemia por sangrado esofágico crónico, malignización a largo plazo), vías respiratorias (broncoespasmo, bronquitis, asma, tos, etc.) y/o desnutrición por los vómitos. Existen diversas técnicas quirúrgicas para conseguirlo, según las características clínicas de cada caso. La más habitual en niños es la técnica de Nissen.
2. La intervención precisa anestesia general de cuyos riesgos será informado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación. También es posible que durante o después de la intervención sea precisa la administración de sangre y/o hemoderivados.
3. La intervención se inicia con un acceso abdominal mediante una incisión (laparotomía), y se prepara un manguito a modo de bufanda, completo o parcial, con el estómago, alrededor del esófago, con objeto de que la presión del estómago sobre ese segmento del esófago impida el retorno del contenido gástrico y su cortejo sintomático. En casos precisos puede estar indicado asociar una gastrostomía temporal.
4. Existe la alternativa de realizar la intervención mediante laparoscopia, o mantener el tratamiento médico, lo cual podría estar contraindicado en determinados casos.
5. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las consecuencias de esta intervención serán el cese de los vómitos y del dolor si lo hubiese, la salvaguarda del esófago a la acción cáustica del ácido gástrico y la cicatriz de laparotomía. Con esta operación se dificulta el vómito y no se puede eructar, al principio. Esto produce molestias por distensión del estómago, en los primeros días después de la intervención. Con el tiempo, esta situación se soluciona espontáneamente.
7. Las complicaciones típicas de la intervención pueden ser: manguito estrecho con dificultad para tragar (que precisara de dilataciones), dehiscencia o herniación gástrica al tórax, insuficiencia del mecanismo valvular creado, con persistencia de síntomas, distensión gástrica postprandial por imposibilidad transitoria de eructar, y trastornos digestivos producidos por irritación o lesión de los nervios de la zona. Las complicaciones son más frecuentes en los niños disminuidos síquicos. La perforación gástrica o esofágica o la lesión esplénica durante la intervención, y las infecciones, son raras. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos en el momento oportuno.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:  
 õ ..  
 õ ..

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

11. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de reflujo gastroesofágico mediante laparotomía de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello,

<b><u>DOY MI CONSENTIMIENTO</u></b>		
<b>Nombre de la persona que autoriza</b> (padre, madre, tutor legal) y <b>VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)</b>	<b>Médico informante</b>	
Sr/Sra..... DNI .....	Dr./Dra. .... Nº Col. / C.N.P.: .....	
Firma autorizada: .....	VºBº niño	Firma: .....
Fecha: ....., a ..... de ..... de 2.....		

<b>NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>Nombre de la persona que NO AUTORIZA</b> (Padre, Madre, Tutor legal) y <b>VºBº niño si es mayor de 12 años (opcional)</b>	<b>Médico Informante</b>	<b>Testigo</b>
Sr. Sra. .... Sr. Sra. .... DNI: .....	Dr./Dra. .... CNP/NºCol: .....	DNI: .....
Firma: .....	Firma: .....	Firma: .....
Fecha: ....., a ..... de ..... de 2.....		

<b>REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO</b>	
<b>Revoco el consentimiento firmado en la fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.</b>	
Nombre: .....	Dr./Dra. : .....
Firma: .....	Firma: .....
Fecha, ....., a ..... de ..... de 2.....	