

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE ESÓFAGO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Consiste en quitar una parte o todo el esófago que está alterado por la enfermedad que sufre (un cáncer, inflamación, úlceras, etc.). Para reconstruir el aparato digestivo se usa el estómago o una parte del intestino.

Se puede realizar mediante cirugía abierta o por laparoscopia. Con frecuencia se combinan varias vías.

La cirugía abierta se realiza mediante una incisión (corte) en el cuello, el tórax o el abdomen.

El abordaje por laparoscopia se hace a través de unos pequeños orificios por los que se introducen una pequeña cámara y los instrumentos de corte y coagulación, también se introduce gas en la cavidad para expandir el abdomen. Esta técnica conlleva un menor dolor en el postoperatorio, una disminución de las complicaciones relacionadas con la herida, menor tiempo de hospitalización y mejor recuperación de la actividad diaria.

Iniciada la técnica es posible que sea necesario cambiar a cirugía abierta. Los hallazgos intraoperatorios también pueden obligar a que se tenga que cambiar la cirugía prevista.

En ocasiones puede hacer falta quitar otros órganos del abdomen, como el estómago o el bazo.

Se realiza con algún tipo de sedación o con anestesia general.

La finalidad de la cirugía es extirpar una parte o todo el esófago enfermo que produce los síntomas y evitar así las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción, etc.).

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

- Con la operación se pierde parte o todo el esófago.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de que la técnica se haga de forma correcta, se pueden presentar efectos no deseados.

Riesgos más frecuentes:

- Alteración transitoria de la voz y la dificultad al tragar.
- Dolor en la zona de operación.
- Trastornos digestivos (diarrea, vómitos, etc.).
- Es posible que tras la operación se necesita dar el alimento por vena o por sonda, al menos durante un tiempo.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección en el abdomen (peritonitis o abscesos).
- Estrechez del esófago.
- Complicaciones pulmonares y/o en la pleura (capa que rodea al pulmón).
- Lesión del nervio recurrente (alteración de la voz).
- Lesión del conducto linfático.
- Recidiva de la enfermedad.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Hematoma (acumulación de sangre en la pared abdominal).
- Desplazamiento de la sonda (el tubo se sale de su lugar).
- Peritonitis (infección de la cavidad abdominal).
- Neumonía por paso de contenido del estómago al pulmón.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

#### Riesgos de la cirugía laparoscópica

##### Frecuentes:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.

##### Menos frecuentes y graves:

- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

#### Además, la herida quirúrgica puede evolucionar mal y producirse complicaciones:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) o disestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

#### **RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede  
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

#### **CONTRAINDICACIONES**

No tiene.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

## AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE ESÓFAGO"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: