

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Mediante este procedimiento se pretenden reseca el tumor, mejorar el paso del alimento al estómago, evitando infecciones y aspiraciones al pulmón y prevenir la posible diseminación del proceso tumoral.

Características

La corrección de este trastorno requiere la resección del esófago. Según la zona alterada se abordará por cuello, tórax o abdomen. Se efectúa la reconstitución del tránsito con la unión del remanente del esófago, con estómago, intestino delgado o colon según sea lo más conveniente para cada caso.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

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, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, dificultad transitoria al tragar, ardores, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Fístula por falla en la cicatrización de la sutura, alteraciones de la voz (raramente definitivas), estrechez esofágica, infección o sangrado intra abdominal, reflujo y recidiva de la enfermedad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros. etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias 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.

El médico me ha explicado que hay posibilidad de tratamiento por vía endoscópica y/o radiológica, pero que en este caso la resolución quirúrgica es la más adecuada.

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 **CIRUGÍA CÁNCER ESÓFAGO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal