

# Consentimiento informado para Resección de Esófago

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar:      Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se me va a quitar una parte o todo el esófago que tengo alterado por la enfermedad. La vía de abordaje será por el cuello, tórax o abdomen y, con frecuencia, se combinan varias vías. Para la reconstrucción de la continuidad digestiva se usará el estómago o una parte del intestino, según la localización de la enfermedad. Generalmente, en el postoperatorio se necesitará la administración de alimentación intravenosa o enteral (por sonda). En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos abdominales, como el estómago o el bazo.

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

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo y, es posible, que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado de que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del esófago enfermo que produce los síntomas y evitar sus complicaciones (sangrado, perforación obstrucción, etc.).

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, en mi caso, no existe una alternativa eficaz para el tratamiento de mi enfermedad.

## ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

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, que pueden ser:

**Riesgos poco graves y frecuentes:** infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Dificultad transitoria al tragar, alteración transitoria de la voz, trastornos digestivos (diarrea, vómitos, etc.). Dolor prolongado en la zona de la operación.

**Riesgos poco frecuentes y graves:** dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Sangrado o infección intrabdominal. Fístula o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura, complicaciones pleuropulmonares, lesión del nervio recurrente (alteración de la voz), lesión del conducto linfático. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

## CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Mediante esta cirugía se le va a extirpar parte o todo el esófago.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es), adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa  
 Dr/a: .....  
 Colegiado nº ..... Fecha: ...../...../.....

Firma del paciente  
 D/Dª: .....  
 Fecha: ...../...../.....

D./Dª: ....., con DNI: ..... en calidad de .....  
 a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante  
 Fecha: ...../...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



### DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2  
 28006 Madrid  
 Tel: 91 562 02 90

### CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90  
 Email: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

### SOCIAL

/CentroMedico  
 EnfermedadesDigestivas  
 @TWC MED  
 @cmed\_es

### VIDEOCONSULTA

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
 Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)