



## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Mediante ésta técnica se quitará una parte o todo el esófago que tenga alterado por la enfermedad. La vía de abordaje será por 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 se necesitará en el postoperatorio alimentación intravenosa o enteral (por sonda).

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

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos informarán los servicios de Anestesia y de Hematología.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo del procedimiento es la curación de la enfermedad de base o, en su caso, la paliación de los síntomas y el aumento de la calidad de vida.

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del esófago enferma para mejorar los síntomas.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

En este caso la alternativa más eficaz es la cirugía. Si se rechaza se puede plantear la posibilidad de una prótesis o seguir un tratamiento médico sólo paliativo de los síntomas.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

La curación de la enfermedad o la paliación de los síntomas y/o signos.

## 5. Consecuencias previsibles de la no realización

La progresión de la enfermedad con deterioro del paciente, incluso en su caso con tendencia hacia la muerte.

## 6. Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables.

Son tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- 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.

## 7. Riesgos poco frecuentes

Se trata de riesgos que, aunque poco frecuentes, pueden tener una mayor gravedad:

- Hemorragia o infección interna, fistula o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura, complicaciones pleuropulmonares, lesión del nervio recurrente (alteración de la voz), lesión del conducto linfático y recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

## 8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad hipertensión, anemia, edad avanzada,...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos asociados a estas enfermedades como la dehiscencia de suturas, las infecciones, los accidentes cerebro-vasculares, la disnea, las embolias, etc.

## 9. Declaración de consentimiento

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... , DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) ..... , con DNI .....

Declaro:

Que el Doctor/a ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de .....

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo.: Don / doña ..... DNI .....

Fdo.: Dr/a ..... DNI .....

Colegiado nº: .....

## 10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2 ..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....

