

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE LOS TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO**

\***¿DESEO SER INFORMADO** sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se pretende solucionar mi enfermedad, provocada por una alteración en los movimientos de contracción del esófago. Debido a esta alteración, se producen dilataciones de todo o una parte del esófago y en ocasiones formación de divertículos, que son como unos sacos, en diversas zonas del esófago.

La intervención quirúrgica varía en función del trastorno específico y consiste en la sección de parte de la capa muscular del esófago, en la dilatación localizada del esófago y, si fuera necesario, en la extirpación asociada de los divertículos. Según la zona alterada se abordará por cuello, tórax o abdomen.

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 seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario 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. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### **OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

La alternativa al tratamiento quirúrgico son modificaciones en la dieta, ajustes posturales y técnicas facilitadoras de la deglución.

Podrían usarse inyecciones de toxina botulínica, que tienen un efecto muy transitorio. Podrían darse fármacos relajantes de la musculatura lisa, como nitritos, antagonistas del calcio. Sería posible probar con dilataciones neumáticas endoscópicas. En caso de sintomatología invalidante y si ha fracasado el tratamiento médico, no existe alternativa eficaz a la Cirugía. Tampoco en el caso de los divertículos faringoesofágicos sintomáticos existe alternativa eficaz a la cirugía.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

La miotomía (sección de los músculos de la pared del esófago) conlleva, el alivio de los síntomas debidos a la dificultad del paso de la comida en caso de tono muscular excesivo.

La extirpación de los divertículos evitará síntomas como sensación de bloqueo de la comida, dolor, tos,

### **C. INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE LOS TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 1 de 3

alteración de la voz, regurgitación, mal aliento.

En el caso de que hubiera existido reflujo de contenido gástrico al esófago, la operación evitará los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevendrá sus complicaciones como estenosis y posible malignización.

En los tres casos además se previenen complicaciones asociadas al mal funcionamiento esofágico como: infecciones pulmonares, pérdida de peso, y otros. Todo ello se asocia a una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Las consecuencia previsibles de la no intervención son la persistencia y posible progresión de síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y complicaciones como estenosis y posible malignización.

### **RIESGOS FRECUENTES**

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:*

1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
2. Retención aguda de orina.
3. Flebitis.
4. Dificultad transitoria al tragar.
5. Ardores.
6. Dolor prolongado en la zona de la operación.

### **RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

#### *Riesgos poco frecuentes y graves:*

1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida).
2. Sangrado o infección intraabdominal.
3. Perforación de vísceras.
4. Estenosis.
5. Dificultad importante al tragar.
6. Reproducción del reflujo gastroesofágico.
7. Producción de un absceso interno o de una peritonitis.
8. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

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

### **RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

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

### **CONTRAINDICACIONES**

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### **C. INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE LOS TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 2 de 3

**FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE****D/D<sup>a</sup>**

**DECLARO** que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento

TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA

**MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup>**

**DECLARO** haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA