



Consentimiento  
Informado para  
Tratamiento Quirúrgico  
del Cáncer de Esófago

Versión 3.0

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de Esófago**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de Esófago

---

Mi hipótesis diagnóstica es: .....

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

### DECLARO:

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para **CÁNCER ESOFÁGICO**.

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

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, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia.

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.

También sé que 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.

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, 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 intrabdominal, 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.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....

aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

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 como:

.....

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.

Y en tales condiciones.

## **CONSENTIMIENTO**

---

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **CÁNCER ESOFÁGICO.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

---

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En .....(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....