



Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de atresia de esófago

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña _____
con DNI número _____ en calidad de _____ del niño
_____, con la Historia Clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. /Dra. _____ me ha informado de la necesidad de operar la atresia de esófago que padece mi hijo, consistente en una toracotomía, cierre de la fistula traqueoesofagica y anastomosis esofágica termino-terminal si es posible.

1. El propósito principal de la intervención es corregir la falta de continuidad del esófago hasta el estomago en esta malformación congénita de alto riesgo. Existen variaciones de este tipo de malformación que pueden requerir diferentes técnicas quirúrgicas con cirugía abierta. La utilización de la toracoscopia es excepcional por sus requerimientos técnicos y de especialización. En el tipo mas frecuente existe un bolsón superior desde la faringe y un bolsón inferior desde el estomago, que esta conectado con la tráquea. Tras su diagnostico, y para evitar la aspiración bronquial de saliva, se coloca una sonda en el bolsón superior, con aspiración continua. Puede asociarse a una debilidad de la pared traqueal denominada traqueomalacia, alteraciones cromosómicas, y otras malformaciones (digestivas, cardiacas, renales y oseas), que exigen su valoración preoperatoria. La asociación de uno o varios de estos grupos de malformaciones puede ser muy variable.
2. La intervención precisa anestesia general, de la que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. En el tipo de atresia de esófago mas frecuente, la cirugía abierta se inicia mediante el acceso al tórax (toracotomía) para diseccionar el esófago, cerrar su conexión con la tráquea y unir, mediante una anastomosis, los dos bolsones esofágicos. Se colocan habitualmente dos sondas, una nasogastrica de alimentación (transanastomotica) y otra de drenaje torácico. Al finalizar la intervención el paciente se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanecerá hasta su recuperación. Sin embargo, la unión de los dos bolsones solo es factible si lo permite la separación entre ambos. En caso contrario, se realiza una apertura gástrica o gastrostomía para la colocación de una sonda de alimentación, en el mismo tiempo quirúrgico, posteriormente o como intervención aislada, según las condiciones del paciente y el tipo de atresia. En tales tipos de atresia de esófago, se precisa de mas de una intervención para corregir la falta de continuidad del esófago hasta el estomago.
4. No existen alternativas al tratamiento quirúrgico.
5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la técnica quirúrgica programada, y decidir la opción terapéutica mas adecuada.
6. Las consecuencias de esta intervención variaran según el tipo de atresia, las malformaciones asociadas y la cirugía precisa.
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) Alteraciones en la deglución o progresión de los alimentos por disfunción o alteración de la motilidad esofágica. B) Complicaciones respiratorias por aspiración o traqueomalacia. C) Estrechez en la zona de unión entre los dos bolsones esofágicos, con imposibilidad o bloqueo al paso de alimento. D) Dehiscencia de la sutura esofágica. E) Recidiva de la fistula traqueoesofagica. F) Reflujo gastroesofagico. G) Infección, granuloma o cicatriz excesiva de herida torácica. H) Parálisis o paresias del nervio frénico. I) Derrame linfático o quilotorax. J) Sepsis. K) Complicaciones relacionadas con las malformaciones asociadas. L) Complicaciones relacionadas con otros factores como la prematuridad y/o bajo peso, condición frecuentemente asociada a la atresia de esófago. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos en el momento oportuno. Algunas de estas complicaciones se asocian con una mortalidad significativa.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que pondrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

