



Consentimiento Informado Cirugía Anti-Reflujo

INFORMACION GENERAL

Mediante este procedimiento se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido del estómago sobre el esófago, evitando la irritación del mismo, y prevenir complicaciones como la estenosis del esófago y la enfermedad de Barrett (Condición pre maligna o pre cancerosa). El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTELA CIRUGIA ANTIREFLUJO

La técnica consiste en construir un manguito completo o parcial con el fondo del estómago alrededor del esófago (una nueva válvula a nivel del esfínter esofágico inferior), colocándolo debajo del diafragma. Éste procedimiento se puede realizar por cirugía laparoscópica o abierto. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía se tengan que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado y eficaz.

RIESGOS DE LA CIRUGIA ANTI-REFLUJO

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), y los específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, flebitis, hematomas superficiales o profundos, dificultad para eructar, dificultad transitoria al tragar y dolor prolongado en la zona operatoria.

Poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la herida, infección superficial o profunda, trombosis venosa profunda o tromboembolismo, lesión de vasos adyacentes, perforación de vísceras, lesión esofágica, lesión o atrapamiento de los nervios Vagos y estenosis esofágica, neumotórax.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia o unidad de cuidados intensivos. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos del Hospital seleccionado están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La cirugía se considera que es la mejor opción a esta enfermedad. En caso de rechazarla la única alternativa sería el tratamiento con medicamentos de por vida con controles endoscópicos periódicos, y el mayor riesgo de adquirir un esófago de Barrett.

Procedimiento operatorio:

Previo asepsia y antisepsia, bajo anestesia general se procede hacer una incisión longitudinal en la parte inferior del ombligo y por técnica abierta o cerrada se hace el neumoperitoneo. Se introduce la cámara y bajo visión directa se colocan cuatro trocares incluyendo el separador hepático. Procedemos entonces a incidir sobre el lóbulo cuadrado del hígado para llegar al hiato y localizar el pilar derecho e izquierdo para entonces disecar el esófago, descender el estómago en caso que se encuentre intra torácico por una hernia hiatal, hasta descender el esófago aproximadamente 6cm dentro del abdomen. Procedemos entonces a disecarla curvatura mayor del estómago hasta llegar al hiato para proceder entonces a funduplicar el estómago por detrás del esófago, es decir, pasar el fondo gástrico por detrás del esófago para luego suturar el estómago sobre el esófago, haciendo un manguito que abrasara el esófago y funcionará como un nuevo esfínter, para evitar el retorno del contenido gástrico (ácido) hacia el esófago.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según dispone la Ley 68. Del 20 de noviembre del 2003. Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Luis Javier Cárdenas Herrera. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Firma y Documento del Paciente
(debe adjuntar copia de documento)

Firma y Documento del Testigo
(debe adjuntar copia de documento)