

Tratamiento quirúrgico de los trastornos motores del esófago

1. Identificación y descripción del procedimiento

Habitualmente estas enfermedades se producen por alteración en la contracción de esófago, produciéndose dilataciones de todo o parte de éste órgano. La corrección de este trastorno puede requerir la sección del músculo o la dilatación localizada del esófago. 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 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

Este procedimiento pretende mejorar el paso del alimento al estómago y evitar las posibles complicaciones. Evita las complicaciones de la enfermedad: infecciones y aspiraciones al pulmón y previene la posible malignización del proceso.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Hay posibilidad de tratamiento por vía endoscópica y/o radiológica, aunque en casos seleccionados. Asimismo, la cirugía laparoscópica permite tratar algunas de las enfermedades ocasionadas por los trastornos motores del esófago.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La intervención tiene por objetivo la curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce

5. Consecuencias previsibles de la no realización

La no realización de la intervención conlleva el riesgo de progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una intervención en una etapa más avanzada, en peores condiciones del paciente y por lo tanto con mayor riesgo quirúrgico.

6. Riesgos frecuentes:

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.

Se pueden producir complicaciones que son poco graves y frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, dificultad transitoria al tragar, ardores, o dolor prolongado en la zona de la operación.

7. Riesgos poco frecuentes

Otros riesgos son menos frecuentes, pero pueden ser más graves:

- Fístula por fallo en la cicatrización de la sutura, alteraciones de la voz (raramente definitivas), estrechez esofágica, infección o sangrado intraabdominal, reflujo y recidiva de la enfermedad.

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

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

Es necesario advertir por parte del paciente 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, insuficiencia respiratoria, etc.). Puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

9 Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente:

Las patologías sistemáticas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

10. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ ,
DNI _____

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

Declaro:

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

En _____ , a _____ .de _____ de _____ .20_____

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr./Dra _____ Colegiado nº: _____

11. Revocación de consentimiento

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

En _____ , a _____ .de _____ de _____ .20_____

**Fdo.: Médico
Colegiado nº: _____**

Fdo.: Paciente