

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa

1. Identificación y descripción del procedimiento

Mediante esta técnica se va a regular la secreción de ácidos gástricos que es lo que le ha producido la úlcera, así como cualquier complicación que la úlcera haya producido, como estrechez de la salida del estómago. La cirugía consiste, según la afectación de estómago y duodeno, en la sección de los nervios gástricos sólo o asociado a una ampliación de la salida del estómago mediante sección y sutura de la misma. En algunos casos se precisa extirpar una parte del estómago.

Cabe la posibilidad 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.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Mediante este procedimiento se pretende la cicatrización de la úlcera con la desaparición de los síntomas. En caso de haberse producido una secuela de la úlcera ésta podrá ser corregida. En ambos casos se intenta eliminar el riesgo de complicaciones graves como sangrado, perforación y obstrucción.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Cuando existe una estrechez importante en la salida del estómago no hay una buena alternativa terapéutica.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

Se deberá continuar el tratamiento con medicamentos de forma indefinida con el consiguiente riesgo de complicaciones graves.

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.

- Infección o sangrado de la herida, flebitis, retraso en el funcionamiento del estómago que suele recuperarse en unos días, diarreas, borborigmos (ruidos intestinales frecuentes) y dolor prolongado en la zona de la operación.

7. Riesgos poco frecuentes

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes y graves tales como:

- Hemorragia postoperatoria, fístulas (salida de secreciones biliopancreáticas o intestinales) por defecto en la cicatrización de las suturas, infección o sangrado intraabdominal, sensación de mareos y sudores después de las comidas y alteración del estado nutricional.

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.

7. 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.

8. 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.

9. 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 _____ de _____ de _____

Fdo.: Don/Doña _____

DNI _____

Fdo.: Dr/Dra _____

Colegiado nº: _____

10. Revocación de consentimiento

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

En _____ de _____ de _____

Fdo.: Médico
Colegiado nº: _____

Fdo.: Paciente
DNI _____