

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de estenosis hipertrófica de píloro

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

Don/Doña _____ con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____ con la historia clínica nº _____.

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico de la estenosis hipertrófica de píloro de mi hijo/a, consistente en una piloromiotomía extramucosa.

1. El propósito principal de la intervención es corregir la obstrucción que se produce en la salida del estómago por el engrosamiento de la capa muscular de la salida del estómago (denominado píloro). Esto impide el paso de los alimentos desde el estómago al resto del intestino. Dicha intervención no es un procedimiento de urgencia, y debe realizarse una vez corregida la deshidratación y alteraciones electrolíticas derivadas de los vómitos del niño. Esto se consigue mediante la reposición con sueros intravenosos y se comprueba realizando análisis de sangre repetidos.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención clásica consiste en la sección longitudinal de la musculatura del píloro, que se encuentra engrosada. Esta intervención se realiza a través de una pequeña incisión en el abdomen superior derecho, como cirugía abierta (laparotomía), que se cierra una vez finalizada la intervención. También puede realizarse mediante acceso e instrumental laparoscópico.
4. Las posibles alternativas son A) Tratamiento conservador: La evolución es muy prolongada y no mejora el pronóstico, pudiendo surgir complicaciones graves. B) En caso de no realizarse ningún tratamiento, la deshidratación empeora de forma progresiva, y puede llevar a un grave deterioro general del niño.
5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las consecuencias de esta intervención serán, si no surgen complicaciones, la rápida recuperación postoperatoria del niño y el reinicio de la alimentación oral después de unas 6 horas tras la intervención. Esto se realiza de forma progresiva, iniciando tomas con poca cantidad de alimento y a menor concentración de lo normal. Son frecuentes los vómitos iniciales, pero en la mayoría de los casos ceden con el paso de las horas. Progresivamente se aumenta la cantidad y la concentración de las tomas hasta alcanzar la normalidad para su peso y edad. Durante este período se realizan las necesarias curas de la herida operatoria y se le aportan la medicación analgésica que precise el niño.
7. Las posibles complicaciones son la hemorragia en la zona operada, que suele ceder espontáneamente, y la infección de la herida operatoria o intolerancia al material de sutura. La perforación de la mucosa gástrica es muy infrecuente, se sutura durante la intervención, y suele cicatrizar posteriormente sin problemas. En tal caso, se iniciará la tolerancia oral a partir de las 24 horas. Las posibles complicaciones en casos de acceso e instrumental laparoscópico son las genéricas de toda laparoscopia (extensión del gas al tejido subcutáneo, vómitos, infección o sangrado de las heridas quirúrgicas, lesión de vasos sanguíneos u órganos intraabdominales al introducir los trócares o el instrumental material de trabajo, la embolia gaseosa, etc.).
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, 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 podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

