

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de reflujo gastroesofágico mediante laparoscopia (con o sin gastrostomía)

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 proceder al tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico (retorno anómalo del contenido del estómago hacia el esófago) de mi hijo/a, mediante técnica laparoscópica.

1. El propósito principal de la intervención es evitar las secuelas de la acción del ácido gástrico sobre el esófago (quemadura esofágica con posterior estrechez cicatricial, dolor, anemia por sangrado esofágico crónico, malignización a largo plazo), vías respiratorias (broncoespasmo, bronquitis, asma, tos, etc.) y/o desnutrición por los vómitos. Mediante la laparoscopia se pretende evitar la incisión convencional del abdomen (laparotomía). La calidad de vida postoperatoria es mejor, con un menor dolor postoperatorio y recuperación postoperatoria más rápida. Al realizarse incisiones más pequeñas, se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias y de cicatrices patológicas. Existen diversas técnicas quirúrgicas antirreflujo, según las características clínicas de cada caso. La más habitual en niños es la técnica de Nissen.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en la creación de un manguito (completo o parcial) con el estómago, situado a modo de bufanda alrededor del esófago, con objeto de que la presión del estómago sobre ese segmento del esófago impida el retorno del contenido gástrico hacia esófago, utilizando la técnica laparoscópica. Esta consiste en el abordaje de la zona de hiato esofágico mediante la previa introducción de trocares, óptica e instrumentos, a través de pequeñas incisiones en la pared abdominal (4-5), bajo visión directa, y la creación de un espacio de trabajo tras la introducción de gas en abdomen. La técnica quirúrgica subsiguiente no difiere de la habitual. Luego extraemos el gas y cerramos los orificios con puntos de sutura. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios, no sea posible concluir la cirugía con esta técnica, se procederá a convertirla en cirugía abierta. Suele ser necesario el sondaje de estómago y vejiga. En casos precisos puede estar indicado asociar una gastrostomía temporal.
4. La posible alternativa al tratamiento quirúrgico es el tratamiento médico continuado, que no impide las numerosas complicaciones citadas, y en todo caso precisa periódicos controles endoscópicos y/o radiológicos. La alternativa a la vía laparoscópica sería la cirugía abierta tradicional (laparotomía).
5. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las consecuencias de esta intervención serán el cese de los vómitos y del dolor si hubiese, y la anulación del reflujo. Con esta operación se dificulta el vomito y no se puede eructar, al principio. Esto produce molestias por distensión del estómago, en los primeros días después de la intervención. Con el tiempo, esta situación se soluciona espontáneamente. Las cicatrices son mínimas.
7. Las complicaciones de la intervención pueden ser: A) Debidas a la laparoscopia, con extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, infección o sangrado de las heridas quirúrgicas, dolores referidos habitualmente al hombro, lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocares, embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores....B) Debidas a la cirugía antirreflujo, con manguito estrecho con dificultad para tragar (que precisara de dilataciones), dehiscencia o herniación gástrica al tórax, insuficiencia del mecanismo valvular creado, con persistencia de síntomas, distensión gástrica postprandial por imposibilidad transitoria de eructar, y trastornos digestivos producidos por irritación o lesión de los nervios de la zona. Las complicaciones son más frecuentes en los niños disminuidos síquicos. La perforación gástrica o esofágica o la lesión esplénica durante la intervención, y las infecciones, son raras. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos en el momento oportuno.
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

