

Guía informativa

Información para
los pacientes
con esofaguectomía

55007003 / 10-2015



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Bellvitge
Hospital Universitari

 Institut Català
de la Salut

Elaborado por:

Servicio Aparato Digestivo

DI José Ant. Jerez González

DI M^a Jesús Conde Martínez

DI Cristina Gallardo Andújar

DI. Luisa Luquin Fernandez

DI Estefanía García Arnau

DI M. José del Barrio Martin

Dr. Humberto Aranda Danso

Dra. Mónica Miró Martín

Dr. Leandre Farran Teixidor

Dra. Carla Bettonica Larrañaga

Dr. Fernando Estremiana García

Unidad de Dietética y Nutrición Clínica

DD Glòria Creus Costas

Dra. Núria Virgili Casas

Unidad de Fisioterapia

DF Montserrat Cárcamo Trapero

Julio 2015

INTRODUCCIÓN

Esta guía informativa pretende resolver las situaciones y las dudas con que se puede encontrar después de ser intervenido de cirugía esofágica, y hacer más fácil su incorporación a las actividades de la vida diaria.

También le aportará los conocimientos necesarios que le permitirán evitar problemas y/o complicaciones posteriores.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR ESOFÁGICO

La cirugía esofágica es una cirugía compleja que requiere una atención especial por parte de un equipo multidisciplinar (cirujano digestivo, oncólogo, anestesista, endocrinólogo, dietista, equipo de enfermería y fisioterapeuta).

Existen diversas técnicas quirúrgicas, que le exponemos a continuación:

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

En general, el tipo de operación depende de la parte del esófago donde se encuentre el tumor además del estado general y funcional del paciente.

La mayoría de las esofagectomías se realizan a través de una incisión (corte) grande en la piel del abdomen. Para realizar estos procedimientos, algunos centros estudian actualmente el uso de la cirugía laparoscópica, en la que el cirujano opera a través de varios cortes más pequeños en el abdomen.

ESOFAGECTOMÍA + GASTROPLASTIA INTRATORÁICA (IVOR-LEWIS)

A menudo, esta operación se recomienda si el tumor se encuentra a una altura media o baja en el esófago.

Se extrae la porción de esófago afectado más un margen libre de enfermedad por seguridad, junto con los ganglios linfáticos adyacentes. Se realiza la plastia del estómago en forma de tubo y se sube a través del tórax donde se reconecta a la sección remanente del esófago.

En esta técnica, además de la incisión (corte) en la piel del abdomen, también se requiere hacer otra incisión en el tórax y probablemente drenajes con forma de tubo en esa zona.

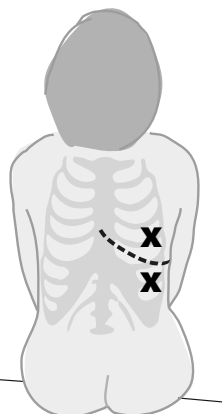


Imagen 1. Representación de la herida torácica con dos drenajes en la zona dorsal.

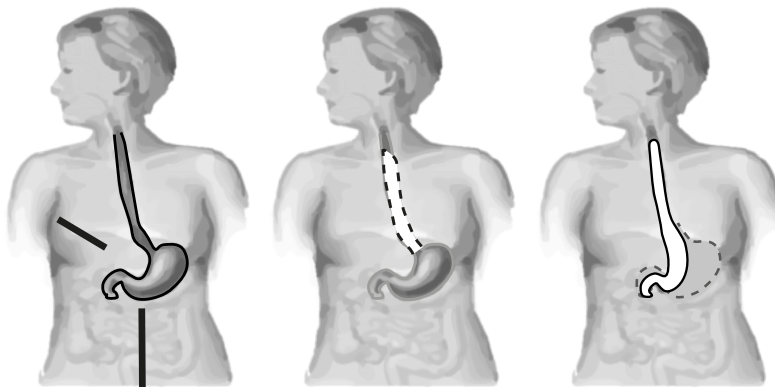


Imagen 2. Esquema representativo de las heridas en abdomen y tórax, además del tránsito final tras la cirugía.

ESOFAGUECTOMÍA TRANSTORÁCICA + GASTROPLASTIA EN EL CUELLO (MC KEOWN)

Esta operación se recomienda si el tumor se encuentra en la parte superior del esófago.

Se extrae la porción de esófago afectado más un margen libre de enfermedad por seguridad, junto con los ganglios linfáticos adyacentes. Se realiza la plastia del estómago en forma de tubo y se sube a través del tórax. Por último, se vuelve a conectar a la altura del cuello.

En esta técnica además de la incisión (corte) en la piel del abdomen, también se debe hacer otra incisión en el tórax (y probablemente drenajes con forma de tubo en esta zona) y una más en el cuello.



Imagen 3. En esta imagen se puede ver una representación de la herida cervical (cuello)

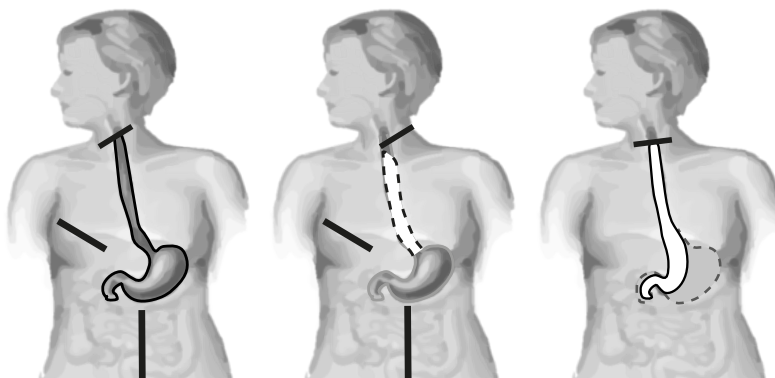


Imagen 4. Esquema representativo de las heridas en abdomen, tórax y cuello, además del tránsito tras la cirugía y altura aproximada de la sutura.

ESOFAGUECTOMÍA TRANSHIATAL + GASTROPLASTIA EN EL CUELLO

Esta operación se recomienda si el tumor se encuentra a una altura media o baja en el esófago, en paciente con edad límite o con afectación respiratoria.

Se extrae la porción de esófago afectado más un margen libre de enfermedad por seguridad, junto con los ganglios linfáticos adyacentes. Se realiza la plastia del estómago en forma de tubo y se sube a través del tórax. Por último, se vuelve a conectar a la altura del cuello.

En esta técnica además de la incisión en la piel del abdomen, también se debe hacer otra incisión en el cuello. En esta operación no se realiza ninguna incisión en el tórax.

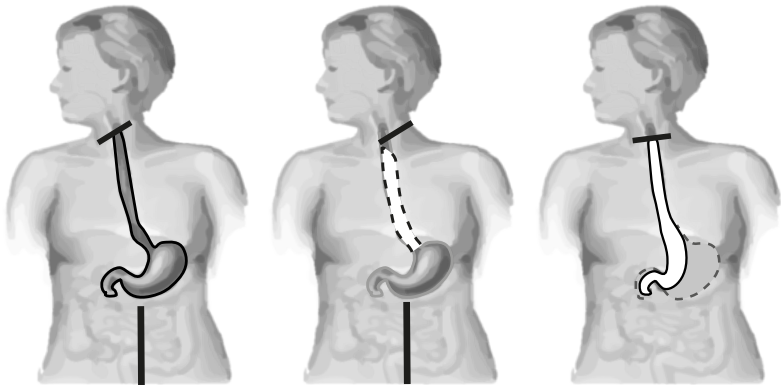


Imagen 5. Esquema representativo de las heridas en abdomen y cuello, además del tránsito tras la cirugía y altura aproximada de la sutura.

EMBOLIZACIÓN GÁSTRICA PREOPERATORIA

La embolización es un tratamiento mínimamente invasivo para ocluir u obstruir uno o más vasos sanguíneos. Unas medicaciones o materiales sintéticos llamados agentes embólicos se colocan, a través de un catéter, en un vaso sanguíneo para impedir el flujo de sangre al área.

La embolización gástrica practicada dos semanas antes de la intervención quirúrgica mejora la vascularización de la plastia y disminuye los fallos en las suturas.

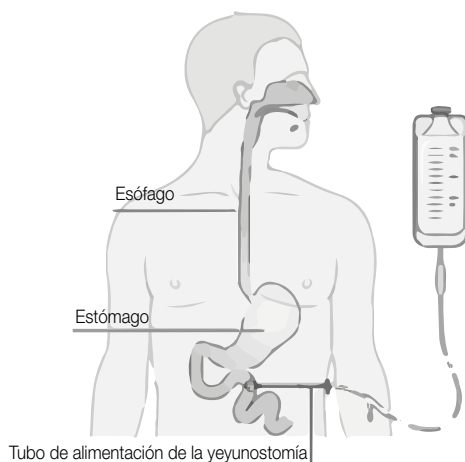
Los pacientes candidatos a realizar este procedimiento son aquellos que sean sometidos a: **esofaguectomía transtorácica + gastroplastia en el cuello (Mc Keown) o esofaguectomía transhiatal + gastroplastia en el cuello.**

YEYUNOSTOMÍA

Consiste en la inserción de una sonda al inicio del intestino delgado (yeyuno) con el fin de administrar los nutrientes necesarios evitando, así, el paso por la boca, el esófago y el estómago.

Por la sonda únicamente se administran preparados líquidos (fórmulas de nutrición enteral) y agua. La administración de la nutrición se realizará con una bomba de nutrición, utilizando un equipo especial que se le facilitará a usted.

A través de la sonda también pueden administrarse medicamentos. Si tiene alguna duda o problema, consulte con su médico o enfermera. Nunca deben mezclarse diferentes fármacos en una misma jeringa. Siempre es necesario limpiar la sonda con una jeringa de 60 cc de agua después de la administración de un fármaco.



Cuidados de la yeyunostomía

La higiene del orificio de entrada, de la piel de alrededor y de la sonda es imprescindible para el correcto mantenimiento y la prevención de complicaciones. Se debe realizar cada día.

La sonda no tiene ningún tipo de sujeción en el interior del intestino. Durante las primeras semanas hay un punto de fijación de la piel a la sonda, que se caerá.

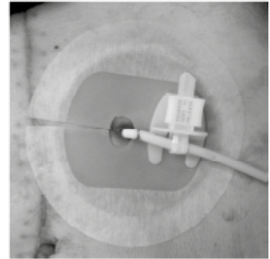
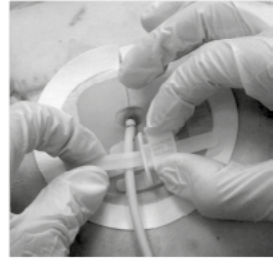
La sonda tendrá que estar sujeta mediante un apósito de fijación denominado "Dispositivo horizontal de fijación de sondas. Hollister®". Los apósitos de fijación los debe comprar en su farmacia de referencia (no entra en la cobertura de la Seguridad Social).

IMPORTANTE: Si le cambian la sonda NUNCA deben hinchar el globo de fijación de la misma



Cambio del apósito de fijación

1. El apósito de fijación se debe cambiar aproximadamente cada 10-15 días y siempre que sea necesario.
2. Lavarse las manos y quitar el apósito: presionar con dos dedos la parte interna de la brida (haciendo “pinza”) y empujar la varilla hasta que salga totalmente. Sujetar la sonda para que no salga y retirar el apósito.
3. Higiene de la zona:
 - a. Lavar con agua y jabón. Desinfectar con solución de yodo, haciendo círculos de dentro hacia fuera. No hacer presión.
 - b. Aclarar y secar.
 - c. Limpiar el interior de la sonda con una jeringa de agua de 60 cc.
4. Colocación del apósito de fijación:
 - a. En el centro del apósito, recortar una circunferencia para que el orificio de la sonda se pueda limpiar.
 - b. Colocar la sonda sobre la brida, con cuidado para que no se salga. Pasar la brida por encima del tubo hasta la ranura e introducirla apretando el dispositivo con los dedos. Es importante introducir toda la brida, sin llegar a comprimir el tubo de la sonda.
 - c. Recortar la parte de la brida que sobresale (dejando 2 cm para luego poder retirarla). Redondear las puntas de la brida para evitar que se clave.
5. Si supura, proteger el orificio de entrada de la sonda con una gasa.
6. Cambiar la gasa cada día, y realizar higiene de la zona con agua y jabón.



Posibles complicaciones: qué hacer...

- si la sonda se sale o se rompe?
Es algo que puede ocurrir y es necesario actuar rápido para poder colocar una nueva sonda por el mismo orificio.
- si la sonda se obstruye?
Descartar que no haya pinzamientos o dobleces en la sonda e intentar desobstruirla con un lavado con agua tibia
- si se sale contenido gástrico por el estoma?
Es posible que el contenido gástrico salga por el orificio de entrada de la sonda. En este caso hay que valorar el cambio de la sonda por una de mayor calibre.
- si tiene problemas en la piel?
Es posible que crezca tejido alrededor del orificio de entrada de la sonda, y puede producir dolor o sangrar. El tratamiento lo deberá valorar su enfermera o médico.
- La supuración a nivel del orificio de entrada de la sonda es frecuente y no necesariamente indica infección. Es necesario lavar la zona y desinfectar con solución de yodo.
- En casos de maceración importante de la piel de alrededor de la sonda se puede aplicar cualquier pasta al agua (pasta Lassar, Mitosyl®) una vez al día.

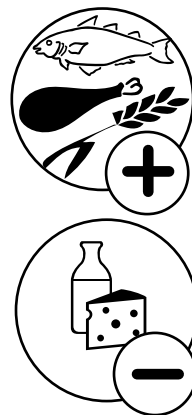
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y NUTRICIONALES

Después de la cirugía de esófago se producen cambios anatómicos importantes que comportan cambios funcionales. Es posible que al principio persista alguna molestia al tragar y/o digerir los alimentos, pero lentamente estas molestias remitirán.

Le ofrecemos algunas recomendaciones para hacer más confortable la alimentación las primeras semanas después de la intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL POSTOPERATORIO

1. Fraccionada en 6-8 ingestas de pequeño volumen (200 cc)
2. Textura triturada los primeros días y pasar progresivamente a una textura de fácil masticación.
3. Presencia de carbohidratos (arroz, pasta, patata, pan, legumbre, cereales y frutos secos) en cada una de las ingestas.
4. Presencia de proteínas (carne, pescado, huevos y lácteos) en las comidas principales.
5. Inicialmente restrictiva en lactosa para evitar diarrea o meteorismo (gases).
6. Restrictiva en alimentos con residuos y fibra insoluble.



RECOMENDACIONES GENERALES

- **Recuerde** que la alimentación es una parte importante de su recuperación.
- **Es importante** mantener unos horarios regulares en las comidas. Evite el ayuno nocturno prolongado (superior a 8-9 horas).
- Por la noche no tome alimentos **de textura líquida**, evite comer 1 o 2 horas antes de acostarse.
- **Coma despacio, en pequeñas cantidades y masticando lentamente.**
- **Cuide la hidratación.** Debe beber agua sin gas, preferentemente entre comidas. Si tiene dificultades con la deglución del agua, debe tomarla a pequeños sorbos. Si la dificultad persiste, pruebe a tomar gelatinas, infusiones un poco azucaradas, agua con limón y azúcar, y zumos de fruta.
- **Descanse** semiincorporado/a después de las comidas para aumentar el confort gástrico.
- **Evite** el tabaco y las bebidas alcohólicas..
- **Controle** su peso semanalmente en la misma báscula y en las mismas condiciones. Al principio puede darse una ligera pérdida de peso.

PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS

- Evite las **temperaturas** extremas de los alimentos.
- **Evite texturas duras**, del tipo carne a la plancha, frita o a la brasa. La textura adecuada es la de fácil masticación. Opte por preparaciones sencillas y variadas: horno, estofados y guisos con poca grasa.
- **Evite tomar alimentos poco calóricos** como ensaladas y verduras. Le aconsejamos tomar hortalizas como patata, zanahoria, calabacín, calabaza, tomate tamizado y verduras para caldo.
- **Tome alimentos lácticos**, inicialmente, le aconsejamos tomar leche baja en lactosa, batido de soja o de almendras. Los derivados lácteos (quesos, flanes, yogures, etc.) pueden ser con leche entera con lactosa.

Durante su estancia hospitalaria ha realizado una dieta triturada. Al darle de alta, usted debe pasar a una dieta de fácil masticación. A continuación le proponemos sugerencias para facilitar esta progresión en casa.

SUGERENCIAS DE MENÚ AL ALTA HOSPITALARIA

DESAYUNO

- Leche baja en lactosa con café soluble o cacao + cereales dextrinados o galletas o madalenas (desmigadas en la leche)

MEDIA MAÑANA

- Pan tostado con aceite y/o tomate + jamón cocido o curado o fiambre de pavo o tortilla francesa.
- Lácteo o fruta o suplemento nutricional si se le ha pautado.

COMIDA Y CENA

Plato único: Éste debe contener alimentos del primer plato como: patata, arroz, pasta, legumbres y cereales; y alimentos del segundo plato como carne, pescado, huevo o lácteos.

- Canelones de carne o de pescado con salsa bechamel. Pescado blanco al horno con patata y zanahoria. Arroz a la cazuela con pollo o conejo. Estofado de patata y ternera.

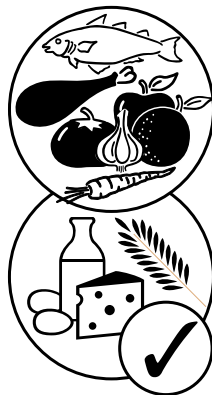
Pan (preferentemente tostado o pan bien horneado, evitando el pan de molde)

MERIENDA

- Pan tostado con jamón, queso, embutido de los sugeridos
- Yogur con frutos secos molidos.

SUPLEMENTO DE NOCHE (media hora antes de acostarse)

- Leche sin lactosa con cereales, tostadas o bizcocho casero.



AMPLIACIÓN DE LA DIETA

A medida que usted se recupere, la tolerancia digestiva mejorará y podrá ampliar su alimentación. Puede variar la preparación de los alimentos pero procure no abusar de las cocciones más difíciles de digerir: fritos, sofritos y guisos fuertes.

La introducción de alimentos nuevos hágala paulatinamente. Es importante saber que el ritmo y el tiempo de adaptación no es el mismo para cada persona y lo marcará la tolerancia y el confort individual.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS. CONSEJOS

Efectos secundarios	Recomendaciones
Aerofagia (aire deglutido)	Evitar mascar chicles, fumar tabaco y/o beber líquidos con caña.
	Evitar tomar bebidas carbonatadas y/o alimentos muy calientes
Dumping precoz Sudores, debilidad, mareos después de la ingesta	Pequeñas ingestas.
	Limitar azúcares simples (azúcar, bollería...) y de rápida absorción
Dumping tardío Sudores, debilidad, taquicardia aproximadamente 2 horas después de la ingesta	Pequeñas ingestas
	Beber/comer alimento que contenga carbohidrato.
Diarrea	Reducir el contenido en fibra insoluble (fruta, vegetales).
	Evitar leche con lactosa.
	Asegurar la hidratación para reponer pérdidas.
Reflujo nocturno	Control postural.
	Evitar líquidos en cena y resopón.
	Consultar el uso de fármacos específicos (sucralfato).
Pérdida de apetito	Optar por alimentos atractivos y que le apetezcan. Sazonar al gusto.
	Evitar cocinar si los olores le resultan desagradables.
	Enriquecer energéticamente sus preparaciones.
Disfagia a líquidos En cirugía transhiatal o McKeown	Semiflexión del cuello para facilitar la deglución.
	No beber acostado.
	Tomar líquidos con espesante.

HIGIENE CORPORAL Y CUIDADOS DE LA PIEL

Higiene corporal

Se aconseja la realización de la higiene corporal diaria mediante una ducha que incluirá también la zona quirúrgica, utilizando un jabón neutro que sea líquido o gel.

Después de la ducha, seque meticulosamente la piel, sobre todo en las zonas de pliegues cutáneos y de la herida quirúrgica.

Debe lavarse las manos antes de las comidas y después de ir al baño.



Cuidados de la piel

Después de la higiene diaria, debe mantener la piel hidratada mediante la utilización de una leche, crema o aceite corporal, para así conservar su elasticidad (evite la zona quirúrgica).

Observe la aparición de lesiones cutáneas, úlceras o erosiones que se pueden producir debido al exceso de sudoración o el contacto prolongado con superficies (cama, silla, etc.).

HIGIENE BUCAL

La boca requiere un cuidado especial exhaustivo porque la pérdida de piezas dentales dificulta la masticación. Una mala higiene dental favorece la caries y la pérdida de dientes. Se recomienda realizar una correcta higiene bucodental.

- Es necesario que cepille sus dientes con cepillo y pasta dentífrica después de cada comida y antes de acostarse.
- Los enjuagues con elixires sin alcohol son útiles, ya que facilitan la asepsia.
- Es imprescindible la visita periódica al dentista.
- Durante las primeras semanas, puede presentarse halitosis (mal aliento). Si esto se produce, consulte con el médico.

CUDADOS DE LA HERIDA

En caso de que sea dado de alta con puntos de sutura en la herida quirúrgica, debe limpiarla con agua y jabón neutro, secarla a toques, sin frotar, y evitar la humedad. Aproveche para revisarla y observe si aparecen signos de infección, tales como zona enrojecida, caliente, dolorosa o supuración. Cure con povidona yodada y déjela al aire para que cicatrice mejor. En general, los puntos se retiran 8-10 días después de

la intervención. Una vez retirados los puntos de sutura, hidrate la zona de la herida con aceite de rosa de mosqueta.

Evitar la exposición de la herida al sol durante el primer año después de la intervención. Es recomendable que utilice protectores solares para evitar la aparición de queloides.

DOLOR

El dolor después de la cirugía suele ser leve, aunque es posible que algunos pacientes necesiten medicación para el dolor. Su cirujano le indicará la analgesia más adecuada para su confort y bienestar. En caso de dolor abdominal intenso y persistente que no cede con el tratamiento prescrito, deberá consultar con su médico.

USO DE FAJA

Cuando la técnica de la intervención ha requerido la apertura del abdomen, es necesario que el paciente lleve colocada una faja lumbosacra durante 4 semanas aproximadamente, para realizar actividades en el domicilio o en la calle. Durante el descanso, no será necesario.



EJERCICIO FÍSICO

En la primera semana tras la intervención es importante hacer los ejercicios recomendados para evitar el riesgo de infecciones respiratorias y favorecer la capacidad de ventilación.

Insistir en la higiene bronquial, sobretodo en pacientes con mucho moco, protegiendo la herida en el momento de toser.

La sedestación y la deambulación precoz supervisada favorece la movilidad de secreciones y la activación global del organismo.

Los movimientos activos de tobillos y piernas facilitan el retorno venoso.

Debe permanecer en cama el menor tiempo posible, sólo el necesario para dormir. La cabecera debe estar elevada, al menos 30°, para beneficiar la musculatura respiratoria y facilitar la digestión.

Al recibir el alta, retome su actividad física de forma progresiva y dosificada.

Continuar con los ejercicios respiratorios y los consejos de higiene postural recomendados por el fisioterapeuta.

Ejercicio físico moderado: caminar, subir y bajar escaleras (en función de su estado y tolerancia al esfuerzo).

En caso de que durante el ejercicio se canse en exceso, es conveniente que lo deje de hacer y lo comunique al médico.

HÁBITOS TÓXICOS

Consumo de alcohol

La ingesta excesiva de alcohol favorece la falta de vitaminas y minerales. Además, las personas intervenidas de cirugía esofágica, al tener un estómago disminuido, no absorben bien el alcohol, y están más fácilmente expuestos a una intoxicación aguda. También interactúa con algunos medicamentos y los hace ineficaces o peligrosos.



Consumo de tabaco

Es un hábito especialmente nocivo para la salud, induce a enfermedades respiratorias, cardiocirculatorias, cáncer, gastritis o úlcera gástrica, hemorragia digestiva alta y perforaciones. Debe comprometerse al abandono del hábito de fumar desde antes de la intervención para reducir las complicaciones postquirúrgicas.

MEDICACIÓN

La estancia media en el hospital es de unos 10 días. La medicación que deba seguir tomando en su domicilio le será indicada y recetada por el equipo médico. Las dudas que pueda tener las resolverá el equipo de enfermería antes del alta.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA INTERVENCIÓN

Puede presentar efectos secundarios después de recuperarse de la cirugía. Estos pueden incluir náuseas, dolor abdominal o diarrea, particularmente después de las comidas. Estos efectos secundarios pueden ocurrir ya que debido a la extirpación de parte del estómago y del esófago, los alimentos llegan muy rápidamente a los intestinos después de ingerirlos. A menudo los efectos secundarios se alivian con el paso del tiempo, aunque en algunas personas pueden durar más.

DÉFICIT NUTRICIONAL

El estómago ayuda al cuerpo a absorber algunas vitaminas. Por lo tanto, las personas que se hayan sometido a una cirugía esofágica con plastia gástrica pueden presentar deficiencias vitamínicas y minerales. Si se extirpan ciertas partes del estómago, los médicos normalmente prescriben complementos vitamínicos.

AFONÍA

Tras la cirugía donde las personas intervenidas requieran manipulación en la zona del cuello, puede ser necesario un seguimiento por parte del Servicio de Otorrinolaringología. Este servicio valorará el estado de las cuerdas bucales y tratará la afonía en colaboración con el logopeda si fuera preciso.



SITUACIONES DE ALARMA

Finalizado el tiempo de hospitalización, conviene recordar las situaciones en las que debe acudir al Servicio de Urgencias del Hospital.

- FIEBRE DE MÁS DE 38 °C
- TAQUICARDIA (PULSO) DE MÁS DE 120 PM
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO CEDE CON LA ANALGESIA
- NÁUSEAS/VÓMITOS PERSISTENTES
- SALIDA EN EXCESO DE LÍQUIDO POR EL ORIFICIO DONDE LLEVABA EL DRENAJE