

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL ESTÓMAGO ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO**

\***¿DESEO SER INFORMADO** sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se me va a quitar una parte o todo el estómago según su grado de afectación. Posteriormente, si fuera necesario, se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante sutura del esófago o estómago residual con un asa de intestino delgado. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación de otros órganos abdominales, como el bazo o la cola del páncreas.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### **OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas y evitar las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción...)

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

El cirujano/a me ha explicado que puedo operarme por cirugía abierta pero que, en mi caso, no existe una alternativa eficaz a la cirugía.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Dependiendo del tipo y grado de extirpación del estómago, se producirá una disminución de la capacidad del mismo y un funcionamiento más lento. Esto puede producir una sensación temprana de saciedad. Para evitarla puede ser necesario hacer más de tres comidas al día y de poca cantidad cada vez.

### **C. INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL ESTÓMAGO**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 1 de 3

En ocasiones se producen cambios del hábito intestinal (diarreas), e incluso intolerancia a algunos tipos de alimentos.

La extirpación de la parte enferma del estómago evitará la presencia de síntomas debidos a esta y mejorará la función digestiva. Además prevendrá la presencia de complicaciones, así como la extensión de la enfermedad. Se mejorará la calidad de vida relacionada con la salud.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

La no realización de la intervención colleva el riesgo de progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una cirugía de urgencia, en peores condiciones del paciente y por lo tanto mayor riesgo quirúrgico.

### **RIESGOS FRECUENTES**

Comprendo que, 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 que pueden ser:

*Riesgos poco graves y frecuentes:*

1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
2. Flebitis.
3. Retraso en la recuperación de la motilidad intestinal.
4. Vómitos.
5. Dolor prolongado en la zona de la operación.
6. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

### **RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

*Riesgos poco frecuentes y graves:*

1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida).
2. Fístula o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal.
3. Alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos.
4. Sangrado o infección intraabdominal.
5. Reproducción del reflujo gastroesofágico.
6. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente puede producirse la muerte.

### **RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: .....

### **CONTRAINDICACIONES**

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente.

En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### **C. INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL ESTÓMAGO**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 2 de 3

**FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE****D/D<sup>a</sup>**

**DECLARO** que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento

<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

**MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup>**

**DECLARO** haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>