

<b>SERVICIO:</b>		<b>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 LA DERIVACIÓN PANCREÁTICA 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 (Paciente)</b>	<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 (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante esta técnica se pretenden derivar las secreciones del páncreas a un segmento del tubo digestivo (estómago, duodeno o intestino delgado) suturando ambas estructuras. Esta cirugía se realiza a través de una incisión en el abdomen. En ocasiones este procedimiento se acompaña de derivación de la vía biliar principal y de la extirpación de la vesícula biliar y en ocasiones de otros órganos afectados. Posteriormente mediante suturas se reconstruirá el tubo digestivo.

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 médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

En caso de tomas de biopsias, 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

Mediante este procedimiento, se pretende resolver o aliviar los síntomas y evitar las complicaciones (sangrado, ictericia, dolor, obstrucción,...) que podrían requerir cirugía urgente.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La alternativa es el tratamiento sintomático de las molestias con medicamentos, técnicas de radiología intervencionista u otros procedimientos pero, en su caso, la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Se va a estar sometiendo a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Tras la cirugía del páncreas puede quedar un déficit endocrino y/o exocrino que puede requerir un tratamiento sustitutivo (insulina y enzimas pancreáticas).

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales o aparición de nuevos.

### 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, que pueden ser:

**C. INFORMADO PARA LA DERIVACIÓN PANCREÁTICA**

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
2. Retención aguda de orina.
3. Flebitis.
4. Trastornos temporales de las digestiones.
5. Dolor prolongado en la zona de la operación o dolor referido al hombro o la escápula por el aire insuflado en la cavidad abdominal.

**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 intestinal, biliar o pancreática que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje).
3. Sangrado o infección intraabdominal.
4. Obstrucción intestinal.
5. Inflamación del páncreas. (Pancreatitis).
6. Ictericia.
7. Colangitis. (Infección de los conductos biliares).

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**

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico es mayor.

**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>			
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>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
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>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
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>