

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RESECCIÓN PANCREÁTICA ABIERTA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento pretende, mediante una incisión en el abdomen, extirpar el páncreas enfermo.

Mediante esta técnica se va a extirpar una parte o todo el páncreas. Según la localización de la enfermedad, en ocasiones, puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos (vesícula biliar, vía biliar, duodeno, estómago, bazo u otros órganos vecinos). 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

Tratar los síntomas que produce y sus posibles consecuencias y prevenir las complicaciones (sangrado, obstrucción, perforación, fístula, ictericia, etc) que precisarían cirugía urgente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En algunos casos se pueden plantear alternativas al tratamiento de las enfermedades pancreáticas, bien sea mediante técnicas de radiología intervencionista o endoscopia, o bien por cirugía laparoscópica, pero se trata de casos seleccionados y en general como técnicas paliativas. La recomendación de dichas alternativas corresponde al cirujano y en general no hay alternativas a la opción que ofrece.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La intervención tiene por objetivo el control/curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas. Si se extirpa todo el páncreas, quedará un déficit endocrino y exocrino que requerirá un tratamiento sustitutivo (insulina y enzimas pancreáticas). Si la extirpación del páncreas es parcial, no todos los casos requerirán tratamiento sustitutivo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos

C. INFORMADO PARA LA RESECCIÓN PANCREÁTICA ABIERTA

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. Retención aguda de orina. Flebitis.
3. Trastornos temporales de las digestiones.
4. Diabetes que requerirá de insulina o antidiabéticos orales.
5. Dolor prolongado en la zona de la operación.

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. Sangrado o infección intrabdominal. Obstrucción intestinal.
3. Fístula con salida de jugo pancreático, bilis o contenido intestinal.
4. Inflamación del páncreas. (Pancreatitis).
5. Colangitis. (Infección de los conductos biliares). Ictericia.
6. Reproducción de la enfermedad.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y 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 gravedad de riesgos o complicaciones, como la dehiscencia de suturas, infecciones, accidentes cerebro-vasculares, la disnea, las embolias, etc., por lo que el riesgo quirúrgico general 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.

PACIENTE			
D/D ^a			
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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA