

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN PANCREÁTICA CORPOROCAUDAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Esta intervención consiste en extirpar el cuerpo y la cola del páncreas. Según la localización y el tipo de tumor puede ser necesario quitar el bazo o (parte de otros órganos pegados al tumor) durante la operación.

Esta técnica se puede realizar por laparoscopia, asistida o no por robot, y se realiza con anestesia.

El abordaje por laparoscopia se hace por unos pequeños orificios. A través de ellos se introducen gas, una cámara y los aparatos de corte y coagulación necesarios para la operación.

La laparoscopia asistida por robot, permite una mayor precisión, flexibilidad y control. El robot cuenta con una cámara y brazos mecánicos con instrumentos, que son manejados por el cirujano.

Con la laparoscopia la recuperación es más rápida y hay menos complicaciones, pero no puede usarse siempre.

Puede que una vez se inicie la cirugía por vía laparoscópica se tenga que terminar con cirugía abierta (si las condiciones así lo requieren). También es posible que durante la cirugía haya que modificar el procedimiento (según los hallazgos intraoperatorios).

Su finalidad es extirpar la parte del páncreas que presenta la lesión (cuerpo y cola) para evitar que crezca y se extienda a otros órganos.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes, que suelen ser leves:

- Retención aguda de orina.
- Trastornos de la digestión.
- Diarrea.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado intraabdominal durante la cirugía o tras ella. A veces puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección en el abdomen con peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal), o abscesos.
- Obstrucción intestinal.
- Inflamación del páncreas (pancreatitis).
- Infección de los conductos biliares (colangitis).
- Ictericia (coloración amarillenta de la piel y las mucosas por el aumento de bilirrubina en la sangre).

- Diabetes, que puede ser temporal o permanente.
- Mal absorción de grasas que ocurre al quitar parte del páncreas. Las enzimas encargadas de la digestión de la grasa son menos y eso dificulta su digestión.
- Fístula pancreática (escape de jugo pancreático del lugar que une el páncreas al intestino).
- Gastroparesis/íleo gástrico (los músculos del estómago dejan de funcionar).
- Retraso del vaciamiento gástrico.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección o sangrado de la herida con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía abierta.

### AUTORIZACIÓN PARA “RESECCIÓN PANCREÁTICA CORPOROCAUDAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de Cirugía General  
y Digestiva

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: