

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN PANCREÁTICA**

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

La intervención consiste en derivar las secreciones del páncreas (que se debe a la obstrucción de los conductos pancreáticos), a un segmento del tubo digestivo (estómago, duodeno o intestino delgado) uniendo ambas partes.

Esta cirugía se hace a través de una incisión en el abdomen y a veces también se acompaña de la derivación de la vía biliar principal y de la extirpación de la vesícula biliar e incluso es posible que de otros órganos afectados. Después, mediante suturas, se reconstruye el tubo digestivo.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que hacer modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Esta intervención se hace con anestesia general.

La finalidad de la técnica es aliviar los síntomas y evitar las complicaciones (sangrado, ictericia, dolor, obstrucción) de la obstrucción de los conductos del páncreas.

### **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:

- Tras la cirugía puede quedar un déficit de algunas sustancias que fabrica el páncreas. A veces puede necesitar un tratamiento sustitutivo (insulina y enzimas pancreáticas).
- Sangrado de la herida.
- Trastornos de la digestión que suelen ser pasajeros.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella. A veces puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Fístula biliar, del intestino o del páncreas.
- Sangrado intraabdominal.
- Infección en el abdomen con peritonitis o abscesos.
- Obstrucción del intestino.
- Inflamación del páncreas (pancreatitis).
- Infección de los conductos biliares (colangitis).
- Ictericia (coloración amarilla en la piel, las membranas mucosas o los ojos).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

**Complicaciones de la herida quirúrgica:**

- Infección 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. 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:

- Colocación de una prótesis (vía endoscópica o radiológica).

**AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE DERIVACIÓN PANCREÁTICA"**

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

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

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: