

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE CABEZA DE PÁNCREAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta cirugía consiste en extirpar la cabeza del páncreas. Se realiza a través de una incisión en el abdomen. Se indica en casos en los que el páncreas, duodeno o conductos biliares están afectados por tumores u otra enfermedad.

Según la localización y el tipo de tumor, se quitarán también el duodeno (primera parte del intestino delgado), la vía biliar y parte del estómago durante la operación.

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

Esta operación se hace con anestesia general.

La finalidad de este procedimiento es extirpar la lesión 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:

- Trastornos de la digestión.
- Diarrea.

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 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.
- 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

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “RESECCIÓN DE CABEZA DE PÁNCREAS”

Yo, D./D^a _____, 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.^a _____, 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: