

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: PANCREATECTOMIA (EXTIRPACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA GLÁNDULA PANCREÁTICA)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Esta intervención sirve para extirparle una parte de la glándula pancreática o su totalidad.

Una vez extirpado, será analizado para saber de qué tipo es la lesión que presenta.

CÓMO SE REALIZA

La intervención se hace mediante una incisión en el abdomen (abordaje abierto) o unas pequeñas incisiones abdominales (laparoscopia), a través de las que introduciremos el material quirúrgico y una cámara para ver la cavidad abdominal. En este procedimiento se introduce gas en la cavidad para crear un espacio en el que poder trabajar. La operación realizada es la misma por cualquiera de los dos procedimientos de acceso.

Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos durante la operación. Ocasionalmente se realizará un análisis de un fragmento de tejido durante la intervención (estudio intraoperatorio), que puede modificar las decisiones planteadas inicialmente. En los casos en que no sea posible concluir la intervención mediante laparoscopia se realizará una cirugía abierta, mediante una incisión de mayor tamaño.

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, para restablecer su continuidad.

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el Anestesiista.

Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Si se extirpa todo el páncreas, ocasionará una ausencia de hormonas y jugos pancreáticos que requerirán de un tratamiento sustitutivo de por vida (insulina y fermentos pancreáticos)

Si la extirpación del páncreas es parcial, no todos los casos requerirán tratamiento sustitutivo.

Si la operación se realiza por laparoscopia, el dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar el páncreas enfermo y prevenir las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción, fístula, ictericia...) que precisarían cirugía urgente.

En el caso de que se opere por laparoscopia se evitaría una incisión mayor, al realizarse incisiones más pequeñas, disminuyéndose el riesgo de hernias postoperatorias.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

La alternativa es la colocación de prótesis por vía endoscópica o radiológica pero en su caso pensamos que la alternativa terapéutica más eficaz es la cirugía.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves.

- Infección o sangrado de la herida
- Retención aguda de la orina
- Inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis)
- Diabetes que requerirá insulina o antidiabéticos orales
- Dolor prolongado en la zona de la operación

• LOS MÁS GRAVES:

- Apertura de la herida operatoria
- Alteración de la sutura de los extremos del intestino por problemas de cicatrización (fístula)
- Sangrado o infección dentro del abdomen
- Obstrucción intestinal
- Fístula con salida de jugo pancreático, bilis o contenido intestinal
- Inflamación del páncreas (pancreatitis)
- Colangitis (infección de los conductos biliares)
- Ictericia.
- Reproducción de la enfermedad.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) A veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje). Otras veces pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente, puede producirse la muerte.

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.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....