

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DERIVACION PANCREATICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	Mediante esta técnica se pretenden derivar las secreciones del páncreas a un segmento del tubo digestivo (estómago, duodeno o intestino delgado) suturando ambas estructuras. Esta cirugía se realiza a través de una incisión en el abdomen. En ocasiones este procedimiento se acompaña de derivación de la vía biliar principal y de la extirpación de la vesícula biliar y en ocasiones de otros órganos afectados. 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.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante este procedimiento, se pretende resolver o aliviar los síntomas y evitar las complicaciones (sangrado, ictericia, dolor, obstrucción,...) que podrían requerir cirugía urgente.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	La alternativa es el tratamiento sintomático de las molestias con medicamentos, técnicas de radiología intervencionista u otros procedimientos pero, en su caso, la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Se va a estar sometiendo a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Tras la cirugía del páncreas puede quedar un déficit endocrino y/o exocrino que puede requerir un tratamiento sustitutivo (insulina y enzimas pancreáticas).
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales o aparición de nuevos.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica: 1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica. 2. Retención aguda de orina. 3. Flebitis. 4. Trastornos temporales de las digestiones. 5. Dolor prolongado en la zona de la operación o dolor referido al hombro o la escápula por el aire insuflado en la cavidad abdominal.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: 1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida). / 2. Fístula intestinal, biliar o pancreática que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje). / 3. Sangrado o infección intraabdominal. / 4. Obstrucción intestinal. / 5. Inflamación del páncreas. (Pancreatitis). / 6. Ictericia. / 7. Colangitis. (Infección de los conductos biliares) Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DERIVACION PANCREATICA

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **DERIVACION PANCREATICA**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **DERIVACION PANCREATICA**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO