

Resección pancreática

1. Identificación y descripción del procedimiento

Este procedimiento pretende extirpar el páncreas enfermo.

Mediante esta técnica se va a extirpar todo o parte del páncreas. Según la localización de la enfermedad, en ocasiones este procedimiento se acompaña de la extirpación mediante parte del conducto biliar, duodeno, estómago, bazo y órganos vecinos. 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 proporcionar el tratamiento más adecuado.

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos informarán los Servicios de Anestesia y de Hematología

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Tratar los síntomas que produce y sus posibles consecuencias y prevenir las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción, fístulas, ictericia, etc.) que precisan cirugía urgente.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

En algunos casos se pueden plantear alternativas al tratamiento de las enfermedades pancreáticas, bien sea mediante técnicas de radiología intervencionista o endoscopia, o bien por cirugía laparoscópica, pero se trata de casos seleccionados y en general como técnicas paliativas. La recomendación de dichas alternativas queda en manos del cirujano y en general no hay alternativas a la opción que se le ofrece.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La intervención tiene por objetivo la curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

La no realización de la intervención lleva al progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una intervención de urgencia, en peores condiciones del paciente y por lo tanto con mayor riesgo quirúrgico.

6. Riesgos frecuentes:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

Se pueden producir complicaciones que son poco graves y frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales o definitivos de las digestiones, diabetes que requerirá de insulina o antidiabéticos orales o dolores prolongados en la zona de la operación.

7. Riesgos poco frecuentes

Otros riesgos pueden ser menos frecuentes, pero más graves:

- Sangrado e infección intraabdominal, obstrucción intestinal, fístulas por defecto de la cicatrización, colangitis (infección de los conductos biliares), inflamación del páncreas, ictericia.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) Pero pueden llegar a requerir una reintervención, en ocasiones de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente:

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o

cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

9. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____,
en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la
paciente) _____ .con DNI _____

Declaro:

Que el Doctor/a _____ me
ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización
de _____ ..

En _____ , año _____ .de _____ de _____ .20_____ .

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr./Dra _____ Colegiado nº: _____ ..

10. Revocación de consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ y no deseo
proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En _____ , año _____ .de _____ de _____ .20_____ .

**Fdo.: Médico
Colegiado nº: _____**

**Fdo.: Paciente
DNI _____**