

Consentimiento Informado RESECCIÓN GÁSTRICA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas.

Características

A través de una incisión en el abdomen se quita una parte o todo el estómago según su grado de afectación. Posteriormente se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante sutura del esófago o estómago residual con un asa de intestino delgado. El médico me ha advertido que en algunos casos la resección del estómago se acompaña de extirpación de otros órganos abdominales como el bazo o la cola del páncreas.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

Riesgos

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:

Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, vómitos, dolor postoperatorio prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Sangrado intraabdominal, fístula por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal que puede producir una infección intraabdominal, estenosis postoperatoria, alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos, reproducción de la enfermedad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una buena alternativa terapéutica para mi enfermedad.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA DE RESECCIÓN GÁSTRICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal