

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RESECCIÓN GÁSTRICA POR NEOPLASIA

El tratamiento quirúrgico de resección gástrica es un procedimiento con el cual se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce síntomas.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial del estómago, según el grado de afectación. Seguidamente se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante la sutura del esófago o del estómago residual con un asa del intestino delgado. A veces la resección del estómago se acompaña de la extirpación de otros órganos intraabdominales (páncreas, bazo).

No existe ninguna otra alternativa eficaz al tratamiento quirúrgico.

La realización de este procedimiento quirúrgico, además de las complicaciones comunes a toda intervención, puede presentar una serie de complicaciones específicas. Las más frecuentes y leves que pueden aparecer son la infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, vómitos y dolor postoperatorio prolongado de la herida.

Excepcionalmente pueden presentarse complicaciones graves como sangrado intestinal, sangrado intraabdominal, fístula por fallo de las suturas digestivas que pueden producir una infección intraabdominal, estenosis postoperatorias, alteraciones del estado nutricional que se pueden recuperar con suplementos dietéticos y recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones suelen resolverse con tratamiento médico (sueros, medicación,...) pero a veces precisan una reintervención, generalmente de urgencia, y con riesgo de mortalidad.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección gástrica por neoplasia.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve esta intervención.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que no existe ninguna otra alternativa eficaz al tratamiento quirúrgico.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la intervención.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Que es un Hospital docente, y puedo ser operado por un médico en formación debidamente tutelado.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de resección gástrica.

Firma del paciente⁴⁷

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁷En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.