

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE GASTRECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Gastrectomía total o subtotal: consiste en la extirpación completa o parcial del estómago. En la mayoría de los casos estas cirugías se realizan para el tratamiento de cáncer del estómago, esta cirugía se realiza a través de una incisión abdominal de tamaño que permita una adecuada exposición de la zona operatoria. En casos seleccionados, tanto por cáncer gástrico o por patologías benignas, esta cirugía puede realizarse por vía laparoscópica.

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio es generalmente más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

En casos oncológicos se busca extirpar además los ganglios linfáticos cercanos al estómago. En ocasiones puede ser necesario extirpar partes de otros órganos adheridos al tumor como páncreas, bazo, colon o hígado. Habitualmente se extirpa además la vesícula biliar para prevenir la formación de cálculos. Luego se reconstruye el tubo digestivo uniendo el esófago o el remanente del estómago al intestino.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida
- Flebitis
- Retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, vómitos
- Dolor postoperatorio prolongado en la zona de la operación
- Retención aguda de orina.

Poco frecuentes y graves:

- Sangrado intrabdominal y/o intraluminal. (puede ocurrir, habitualmente en los primeros días postoperatorios y también puede requerir una reintervención, ya sea endoscópica o quirúrgica.)
- Fístula (filtración de líquidos a través de las suturas del intestino) por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal que puede producir una infección intrabdominal
- Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida)
- Estenosis postoperatoria
- Úlceras
- Alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos, ya sean enterales como endovenosos, que es una repercusión de la enfermedad.
- Obstrucción intestinal puede aparecer y se debe a la formación de adherencias entre el intestino que pueden torcerlo u obstruirlo; o por hernias internas.
- Se pueden presentar otros tipos de eventos adversos dentro del procedimiento quirúrgico como: lesiones en vías urinarias, biliares, lesiones en otros segmentos intestinales (duodeno, intestino delgado, colon), lesiones en grandes vasos sanguíneos (tanto arteriales como venosos). Estos eventos al ser diagnosticados intraoperatoriamente serán reparados y si se manifiestan posterior a cirugía pueden ser manejados médicamente o requerir una reintervención quirúrgica.
- Hernias Incisionales
- Rechazo de puntos de sutura de piel y/o pared abdominal

Luego de la cirugía será trasladado a la Unidad de Paciente Crítico, despertará de la anestesia con una sonda en la nariz para alimentarlo durante los primeros días, sonda para orinar y drenajes abdominales. Para su pronta recuperación es fundamental su colaboración para iniciar una kinesiterapia precoz para que pueda levantarse rápidamente.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

El tiempo de la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente, de su evolución, si presenta o no complicaciones y si requiere de una reintervención quirúrgica.

Como en toda cirugía mayor de esta envergadura existe un riesgo de mortalidad que depende de varios factores y que puede discutir con detalles con su médico tratante.

En casos oncológicos siempre existe la posibilidad que los hallazgos quirúrgicos demuestren metástasis o un tumor más avanzado de lo que mostraban los exámenes previos, lo que puede cambiar el plan quirúrgico o impedir completar la cirugía. Independiente del tipo de cirugía realizada y de los cuidados en su postoperatorio siempre existe el riesgo de recidiva o recurrencia de su enfermedad.

Es importante tener presente que los pacientes mayores de 60 años, obesidad, tabaquismo, portadores de HIV, Enfermedad de Crohn, Cirrosis Hepática, Diabetes Mellitus, cardiopatía coronaria y otras condiciones crónicas tienen un mayor riesgo quirúrgico. Sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.
Eventualmente podría ser necesario trasladar al paciente a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la Clínica o a otro centro hospitalario.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.
Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la Cirugía de Gastrectomía total o subtotal** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE GASTRECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
----------------------------------------------------------------------	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)