

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 03 de JUNIO de 2025

VISTOS:

El Informe N° 000143-2025-DA-DICIR/INEN del Departamento de Cirugía en Abdomen; el Informe N° 000269-2025-DNCC-DICON/INEN y el Informe N° 000296-2025-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; el Memorando N° 000011-2025-CHC/INEN del Comité de Historias Clínicas; y el Informe N° 000876-2025-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748, se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en adelante, INEN), con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en adelante, ROF - INEN), estableciendo su competencia, funciones generales y estructura orgánica, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" (en adelante, Norma Técnica), la cual tiene por finalidad el contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las historias clínicas, así como a proteger los intereses de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud;

Que, la Norma Técnica regula en su numeral 5.2 los formatos correspondientes a la historia clínica, y en el numeral 5.2.2, los formatos especiales, dentro de los cuales se encuentra el consentimiento informado. En su sub numeral 16 se establece que el formato de consentimiento informado se exige en el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia. Debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, además, el numeral 4.2.19 de la Norma Técnica estipula que, en el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutivo para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en dicha norma;

Que, mediante el Informe N° 000143-2024-DA-DICIR/INEN, el Departamento de Cirugía en Abdomen remitió al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos los formatos de Consentimientos Informados para procedimientos quirúrgicos robóticos en: Colecistectomía Radical Robótica; Colectomía Total o Parcial Robótica; Duodenopancreatectomía Robótica; Esofaguetomía Total o Subtotal Robótica; Esplenectomía Robótica; Gastrectomía Robótica (total, subtotal o parcial); Hepatectomía Robótica; Pancreatectomía Total o Parcial Robótica; Proctectomía Total o Parcial – Resección Abdominoperineal Robótica;

Que, a través de los Informes N° 000269-2025-DNCC-DICON/INEN y N° 000296-2025-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos concluyó que la propuesta de los nueve Consentimientos Informados cumple con la normativa vigente, específicamente la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, recomendando continuar con el trámite de aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Memorando N° 000011-2025-CHC/INEN, la Presidenta del Comité de Historias Clínicas informó que el citado Comité, en sesión ordinaria del 15 de abril de 2025, revisó y aprobó los nueve formatos de Consentimientos Informados para procedimientos quirúrgicos robóticos, lo cual consta en el Acta N° 000005-2025-CHC/INEN;

Que, mediante documento de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en mérito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Cirugía; Departamento de Cirugía en Abdomen; Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; y la Oficina de Asesoría Jurídica; con las facultades conferidas en el ROF - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los nueve (09) Formatos de Consentimientos Informados del Departamento de Cirugía en Abdomen de la Dirección de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, los mismos que en Anexo forman parte integrante de la presente Resolución, correspondientes a los siguientes procedimientos:

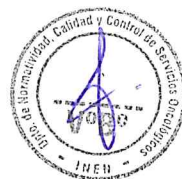
1. Colecistectomía Radical Robótica.
2. Colectomía Total o Parcial Robótica.
3. Duodenopancreatectomía Robótica.
4. Esofaguetomía Total o Subtotal Robótica.
5. Esplenectomía Robótica.
6. Gastrectomía Robótica (total, subtotal o parcial).
7. Hepatectomía Robótica.
8. Pancreatectomía Total o Parcial Robótica.
9. Proctectomía Total o Parcial – Resección Abdominoperineal Robótica.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



.....
MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE COLECISTECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La colecistectomía radical robótica es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que utiliza tecnología robótica avanzada para la resección completa de la vesícula biliar junto con tejidos circundantes, como ganglios linfáticos y segmentos hepáticos adyacentes, según sea necesario. Este procedimiento es realizado por un equipo médico especializado bajo anestesia general, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Se emplea principalmente para tratar cáncer de vesícula biliar u otras condiciones sospechosas complejas que requieren una intervención quirúrgica avanzada.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa la vesícula biliar afectada junto con tejidos circundantes comprometidos, para tratar enfermedades diagnosticadas y minimizar complicaciones posoperatorias.

Alternativas

- Colecistectomía radical abierta (cirugía tradicional y estándar).
- Colecistectomía radical laparoscópica.
- Tratamiento con quimioterapia o terapia biológica (p.ej. terapia diana, terapia con anticuerpos monoclonales, inmunoterapia). Consulte con su médico si su caso es elegible a estos procedimientos.
- Observación y manejo médico paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento

Favorables:

1. Intención curativa con posibilidad de mejorar la supervivencia general y/o libre de enfermedad.
2. Diagnóstico definitivo ya que las biopsias están generalmente contraindicadas.
3. Resolución o mejora del problema hepático diagnosticado.
4. Menor dolor posoperatorio, sangrado y recuperación más rápida en comparación con cirugía abierta.
5. Posibilidad de alta temprana y retorno a actividades normales según indicaciones médicas

Desfavorables:

1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes (hígado, vías biliares, intestino), fuga biliar, absceso intraabdominal o formación de íleo paralítico. Todos estos efectos adversos están descritos en la literatura médica mundial.
2. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.
3. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea con intención de vigilancia estrecha o de tratamiento por efectos adversos severos ocasionados por enfermedades o condiciones previas existentes y/o aquellos relacionados con la cirugía.
4. Reacciones adversas a los medicamentos y transfusiones utilizados durante y después de la cirugía.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

1. Progresión de la enfermedad hepática, con potencial de empeoramiento significativo (progresión de enfermedad).
2. Disminución de la posibilidad de supervivencia general y/o libre de enfermedad o progresión.
3. Riesgo de complicaciones graves como insuficiencia hepática o diseminación tumoral.
4. Reducción en la calidad y esperanza de vida del paciente.

Riesgos Reales y Potenciales

1. Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos, reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
2. Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos hepáticos, fuga biliar, perforación de vísceras (incluye intestinos), insuficiencia hepática posoperatoria (*la insuficiencia o falla hepática es cuando el hígado no puede cumplir con sus funciones básicas como son la síntesis de sustancias y su excreción en la vía biliar*).
3. Conversión a cirugía laparoscópica o abierta si se considera necesario según los hallazgos o eventos intraoperatorios.
4. Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 1% en condiciones electivas, pero mayor en pacientes de alto riesgo.



Posibilidad de Procedimientos adicionales en mi cirugía.

1. La cirugía hepática robótica (así como cualquier la cirugía hepática abierta o laparoscópica) puede tener procedimientos adicionales asociados que se ajustan de acuerdo con los hallazgos preoperatorios o intraoperatorios y que la decisión del cirujano y equipo quirúrgico ponderará todos los necesarios en mi beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - a. Resección de más segmentos hepáticos.
 - b. Realizar anastomosis o reparaciones biliares y/o vasculares.
 - c. Resectar órganos que pudieran tener compromiso o infiltración tumoral.

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma **completamente anónima**, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga una dieta específica según las recomendaciones médicas y evite esfuerzos físicos intensos durante el periodo de recuperación. Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado hepático.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

Que el Médico: _____ con CMP N.º _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

1. **Haber recibido y comprendido TODA la información brindada** por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una colecistectomía radical robótica debido al diagnóstico indicado.
2. **Haber podido formular TODAS las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.**
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme.
6. **Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.**

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de **COLECISTECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA**.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

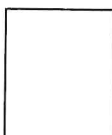
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro **REVOCAR MI**

CONSENTIMIENTO para la realización de la COLECISTECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de **NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA** las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA) .

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE
COLECTOMÍA TOTAL O PARCIAL ROBÓTICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La colectomía robótica es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que utiliza tecnología robótica avanzada para la resección parcial o total del colon. Este procedimiento es realizado por un equipo médico especializado bajo anestesia general, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Se emplea para tratar enfermedades del colon como cáncer, enfermedad diverticular complicada, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, entre otras condiciones médicamente indicadas.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa el segmento o totalidad del colon afectado para tratar enfermedades diagnosticadas, preservar la mayor funcionalidad posible del tracto digestivo y minimizar complicaciones posoperatorias.

Alternativas

- Colectomía abierta (cirugía tradicional).
- Colectomía laparoscópica (cirugía estándar en varios casos).
- Tratamiento con quimioterapia o terapia biológica (p.ej. terapia diana, terapia con anticuerpos monoclonales, inmunoterapia). Consulte con su médico si su caso es elegible a estos tratamientos. Estos tratamientos no reemplazan la intención curativa ni tienen por sí solos el mismo efecto que la cirugía.
- Observación y manejo médico paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento**Favorables:**

1. Intención curativa con posibilidad de mejorar la supervivencia general y/o libre de enfermedad.
2. Resolución o mejora de mi enfermedad colónica diagnosticada.
3. Menor dolor posoperatorio, sangrado y recuperación más rápida en comparación con cirugía abierta.
4. Posibilidad de alta temprana y retorno a actividades normales según indicaciones médicas

Desfavorables:

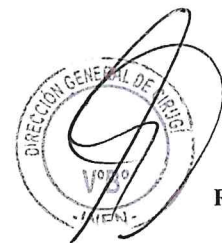
1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes, fuga anastomótica, absceso intraabdominal o formación de íleo paralítico. Todos estos efectos adversos están descritos en la literatura médica mundial.
2. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves y uso de colostomía temporal o definitiva.
3. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea con intención de vigilancia estrecha o de tratamiento por efectos adversos severos ocasionados por enfermedades o condiciones previas existentes y/o aquellos relacionados con la cirugía.
4. Reacciones adversas a los medicamentos y transfusiones utilizados durante y después de la cirugía.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

1. Progresión de la enfermedad colónica, con potencial de empeoramiento significativo (progresión de enfermedad).
2. Disminución de la posibilidad de supervivencia general y/o libre de enfermedad o progresión.
3. Riesgo de complicaciones graves como insuficiencia hepática o diseminación tumoral.
4. Reducción en mi calidad y esperanza de vida.

Riesgos Reales y Potenciales

1. Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
2. Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos, fuga de la anastomosis (unión de los intestinos), perforación de vísceras (incluye intestinos), sepsis (infección generalizada), choque o falla de varios órganos.
3. Conversión a cirugía laparoscópica o abierta si se considera necesario según los hallazgos o eventos intraoperatorios.
4. Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 1% en condiciones electivas, pero mayor en pacientes de alto riesgo.



Posibilidad de Procedimientos adicionales en mi cirugía.

1. La cirugía de colon robótica (así como cualquier la cirugía abierta o laparoscópica) puede tener procedimientos adicionales asociados que se ajustan de acuerdo con los hallazgos preoperatorios o intraoperatorios y que la decisión del cirujano y equipo quirúrgico ponderará todos los necesarios en mi beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - a. Resección de más longitud y pedículos vasculares del colon.
 - b. Realizar más anastomosis o reparaciones intestinales.
 - c. Resecar órganos que pudieran tener compromiso o infiltración tumoral.
 - d. Uso de ostomías (ileostomía, colostomía).

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma **completamente anónima**, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga una dieta específica según las recomendaciones médicas y evite esfuerzos físicos intensos durante el periodo de recuperación.
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias tóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. **Haber recibido y comprendido TODA la información brindada** por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una colectomía total/parcial robótica debido al diagnóstico indicado.
2. **Haber podido formular TODAS las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.**
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. **Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.**

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de **COLECTOMÍA TOTAL O PARCIAL ROBÓTICA**.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____,

DECLARO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO para la realización de la Colectomía total/parcial robótica, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de **NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA** las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º:

[Handwritten signature]





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE DUODENOPANCREATECTOMÍA ROBÓTICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La duodenopancreatectomía robótica, también conocida como procedimiento de Whipple, es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que utiliza tecnología robótica avanzada para la resección del páncreas (cabeza), el estómago, el duodeno, la vesícula biliar y parte del conducto biliar puede incluir otras estructuras anatómicas (vasos sanguíneos o segmentos intestinales, etc.). Este procedimiento es realizado por un equipo médico especializado bajo anestesia general, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Se emplea principalmente para tratar cáncer de páncreas, ampolla de Vater, conducto biliar distal y duodeno, así como otras condiciones complejas que requieren resección quirúrgica.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa los órganos y tejidos comprometidos (cabeza del páncreas, duodeno, vesícula biliar y conducto biliar distal) para tratar enfermedades diagnosticadas, restaurar el tránsito digestivo y minimizar complicaciones posoperatorias.

Alternativas

- Duodenopancreatectomía abierta (cirugía tradicional y estándar).
- Duodenopancreatectomía laparoscópica. Consulte con su médico si su caso es elegible a este procedimiento.
- Tratamientos no quirúrgicos como electroporación irreversible (IRE) según sea el caso y evaluación médica. Cabe resaltar que este tratamiento no tiene la misma efectividad que la cirugía y no se realiza en el INEN.
- Tratamiento con quimioterapia o terapia biológica (p.ej. terapia diana, terapia con anticuerpos monoclonales, inmunoterapia). Consulte con su médico si su caso es elegible a estos procedimientos.
- Observación y manejo médico paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento

Favorables:

1. Intención curativa con posibilidad de mejorar la supervivencia general y/o libre de enfermedad.
2. Resolución o mejora del diagnóstico.
3. Menor dolor posoperatorio, sangrado y recuperación más rápida en comparación con cirugía abierta.
4. Posibilidad de alta temprana y retorno a actividades normales según indicaciones médicas.

Desfavorables:

1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes (hígado, intestino delgado, estómago), fuga anastomótica, absceso intraabdominal, íleo paralítico, pancreatitis postoperatoria o insuficiencia pancreática endocrina y/o exocrina. Todos estos efectos adversos están descritos en la literatura médica mundial.
2. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.
3. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea con intención de vigilancia estrecha o de tratamiento por efectos adversos severos ocasionados por enfermedades o condiciones previas existentes y/o aquellos relacionados con la cirugía.
4. Reacciones adversas a los medicamentos y transfusiones utilizados durante y después de la cirugía.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

1. Progresión de la enfermedad hepática, con potencial de empeoramiento significativo (progresión de enfermedad).
2. Disminución de la posibilidad de supervivencia general y/o libre de enfermedad o progresión.
3. Riesgo de complicaciones graves como insuficiencia hepática o diseminación tumoral.
4. Reducción en la calidad y esperanza de vida del paciente.



Riesgos Reales y Potenciales

1. Complicaciones generales: infección (p.ej. respiratoria, urinaria, de sitio operatorio, de herida operatoria, etc.), sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
2. Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos hepáticos, fuga biliar, perforación de vísceras (incluye intestinos).
3. Conversión a cirugía laparoscópica o abierta si se considera necesario según los hallazgos o eventos intraoperatorios.
4. Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 5% en condiciones electivas, pero mayor en pacientes de alto riesgo.

Posibilidad de Procedimientos adicionales en mi cirugía.

1. La cirugía pancreática robótica (así como cualquier la cirugía abierta o laparoscópica) puede tener procedimientos adicionales asociados que se ajustan de acuerdo con los hallazgos preoperatorios o intraoperatorios y que la decisión del cirujano y equipo quirúrgico ponderará todos los necesarios en mi beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - a. Resección de más segmentos pancreáticos.
 - b. Realizar anastomosis o reparaciones biliares y/o vasculares.
 - c. Resecar órganos que pudieran tener compromiso o infiltración tumoral.

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

**Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos**

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma **completamente anónima**, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

**Pronóstico**

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

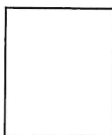
Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido **TODA** la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA ROBÓTICA debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular **TODAS** las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expone ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de DUODENOPANCREATECTOMÍA ROBÓTICA.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

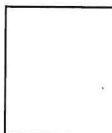


REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, **DECLARO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO** para la realización de la duodenopancreatectomía proximal robótica, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de **NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA** las cuales me han sido **nuevamente explicadas** y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE
ESOFAGUECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL ROBÓTICA**
(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La esofaguectomía robótica es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que utiliza tecnología robótica avanzada para extirpar parcial o totalmente el esófago afectado por enfermedad, ya sea cáncer, lesiones benignas complejas u otras condiciones. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general por un equipo médico especializado, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). La tecnología robótica permite una mayor precisión, mejor visualización y control durante la cirugía en comparación con técnicas convencionales.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa las áreas anatómicas afectadas del esófago utilizando tecnología robótica.
- Restaurar la continuidad del tracto digestivo mediante técnicas avanzadas de reconstrucción, como interposición gástrica o colónica.
- Minimizar complicaciones quirúrgicas y mejorar los resultados postoperatorios.

Alternativas

1. Esofaguectomía abierta (cirugía tradicional con incisiones más amplias).
2. Esofaguectomía laparoscópica transhiatal, si el caso es elegible.
3. Tratamiento médico o manejo paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento**Favorables:**

- Mayor precisión quirúrgica gracias al uso de tecnología robótica
- Menor dolor postoperatorio, sangrado y tiempo de recuperación en comparación con cirugía abierta.
- Intención curativa en casos de cáncer esofágico en estadios iniciales o aquellos con respuesta al tratamiento oncológico preoperatorio.
- Prevención de complicaciones como obstrucción esofágica o perforación.

Desfavorables:

- Riesgo de complicaciones quirúrgicas como neumotórax, hemorragia, fuga anastomótica, lesión de órganos adyacentes (pulmones, tráquea, estómago), o infecciones (p.ej. mediastinitis).
- Posibilidad de conversión a cirugía abierta en caso de complicaciones intraoperatorias.
- Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

- Progresión de la enfermedad esofágica, con aumento del riesgo de complicaciones severas.
- Reducción significativa en la calidad y esperanza de vida.
- Aumento del riesgo de diseminación tumoral en casos de malignidad.

Riesgos Reales y Potenciales

- Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
- Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos o vísceras adyacentes, fuga anastomótica, estenosis posoperatoria, dificultad para deglutir (disfagia).
- Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 5% en condiciones electivas, mayor en pacientes de alto riesgo.

Posibilidad de Procedimientos Adicionales en mi Cirugía

Durante la cirugía, dependiendo de los hallazgos, pueden ser necesarios procedimientos adicionales para garantizar su beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:

- Disección de ganglios linfáticos mediastinales.
- Resección de órganos adyacentes comprometidos.
- Interposición gástrica o colónica para reconstruir el tracto digestivo.
- Toracotomía o toracoscopía.



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas**

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma completamente anónima, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido TODA la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una ESOFAGUECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL ROBÓTICA debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular TODAS las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expone ni se hará pública ninguna información que permita identificarme.
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de ESOFAGUECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL ROBÓTICA.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, **DECLARO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO**

para la realización de la ESOFAGUECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL ROBÓTICA, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La esplenectomía robótica es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que utiliza tecnología robótica avanzada para extirpar el bazo, ya sea de manera total o parcial, dependiendo de la indicación médica. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general por un equipo médico especializado, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). La tecnología robótica permite una mayor precisión, mejor visualización y control durante la cirugía en comparación con técnicas convencionales. Está indicado para tratar enfermedades del bazo como esplenomegalia, traumatismos graves, trastornos hematológicos o neoplásicos, entre otros.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar el bazo afectado de manera precisa y segura utilizando tecnología robótica.
- Minimizar complicaciones quirúrgicas y optimizar los resultados postoperatorios.
- Aliviar los síntomas o complicaciones relacionados con enfermedades del bazo.

Alternativas

1. Esplenectomía abierta (cirugía tradicional con incisiones más amplias).
2. Esplenectomía laparoscópica, si el caso es elegible.
3. Tratamiento médico conservador o manejo paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento

Favorables:

- Mayor precisión quirúrgica gracias al uso de tecnología robótica.
- Menor dolor postoperatorio, sangrado y tiempo de recuperación en comparación con cirugía abierta.
- Resolución de enfermedades relacionadas con el bazo y prevención de complicaciones asociadas.

Desfavorables:

- Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, lesión de órganos adyacentes (estómago, páncreas), infecciones o trombosis portal.
- Posibilidad de conversión a cirugía abierta en caso de complicaciones intraoperatorias.
- Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

- Progresión de la enfermedad del bazo, con aumento del riesgo de complicaciones severas.
- Posible aparición de síntomas graves como hemorragias internas o infecciones recurrentes.
- Reducción en la calidad y esperanza de vida en casos avanzados.

Riesgos Reales y Potenciales

- Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
- Complicaciones específicas: lesión de órganos adyacentes (páncreas, estómago), trombosis de la vena esplénica, abscesos intraabdominales.
- Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 1% en condiciones electivas, mayor en pacientes de alto riesgo.

Posibilidad de Procedimientos Adicionales en mi Cirugía

Durante la cirugía, dependiendo de los hallazgos, pueden ser necesarios procedimientos adicionales para garantizar su beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:

- Resección de órganos adyacentes comprometidos (p.ej. estómago, páncreas, diafragma).
- Manejo de sangrado intraoperatorios.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo postoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes del procedimiento. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma completamente anónima, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas****DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido TODA la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular TODAS las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, DECLARO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO para la realización de la ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA) .

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE HEPATECTOMÍA ROBÓTICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La hepatectomía robótica es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que utiliza tecnología robótica avanzada para la resección parcial o total del hígado. Este procedimiento es realizado por un equipo médico especializado bajo anestesia general, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Se emplea para tratar enfermedades hepáticas como tumores primarios, metástasis hepáticas y otras condiciones médicamente indicadas.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa el tejido hepático afectado para tratar enfermedades diagnosticadas, preservar la mayor funcionalidad del hígado posible y minimizar complicaciones posoperatorias.

Alternativas

- Hepatectomía abierta (cirugía tradicional y estándar en varios casos).
- Hepatectomía laparoscópica (Cirugía estándar en lobectomía izquierda).
- Tratamientos no quirúrgicos como quimioembolización (TACE), radiofrecuencia (RF), ablación por microondas (MWA) o Electroporación irreversible (IRE) según sea el caso y evaluación médica. Cabe resaltar que estos tratamientos no tienen la misma efectividad que la cirugía en la mayoría de los casos. Consulte con su médico si su caso es elegible a estos procedimientos.
- Tratamiento con quimioterapia o terapia biológica (p.ej. terapia diana, terapia con anticuerpos monoclonales, inmunoterapia). Consulte con su médico si su caso es elegible a estos procedimientos.
- Observación y manejo médico paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento

Favorables:

1. Intención curativa con posibilidad de mejorar la supervivencia general y/o libre de enfermedad.
2. Resolución o mejora del problema hepático diagnosticado.
3. Menor dolor posoperatorio, sangrado y recuperación más rápida en comparación con cirugía abierta.
4. Posibilidad de alta temprana y retorno a actividades normales según indicaciones médicas.

Desfavorables:

1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes, lesión vascular, lesión de vía biliar, fistula biliar o falla hepática. Todos estos efectos adversos están descritos en la literatura médica mundial.
2. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.
3. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea con intención de vigilancia estrecha o de tratamiento por efectos adversos severos ocasionados por enfermedades o condiciones previas existentes y/o aquellos relacionados con la cirugía.
4. Reacciones adversas a los medicamentos y transfusiones utilizados durante y después de la cirugía.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

1. Progresión de la enfermedad hepática, con potencial de empeoramiento significativo (progresión de enfermedad).
2. Disminución de la posibilidad de supervivencia general y/o libre de enfermedad o progresión.
3. Riesgo de complicaciones graves como insuficiencia hepática o diseminación tumoral.
4. Reducción en la calidad y esperanza de vida del paciente.

Riesgos Reales y Potenciales

1. Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos, reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
2. Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos hepáticos, fuga biliar, perforación de vísceras (incluye intestinos), insuficiencia hepática posoperatoria (*la insuficiencia o falla hepática es cuando el hígado no puede cumplir con sus funciones básicas como son la síntesis de sustancias y su excreción en la vía biliar*).
3. Conversión a cirugía laparoscópica o abierta si se considera necesario según los hallazgos o eventos intraoperatorios.
4. Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 1% en condiciones electivas, pero mayor en pacientes de alto riesgo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



Posibilidad de Procedimientos adicionales en mi cirugía.

1. La cirugía hepática robótica (así como cualquier la cirugía hepática abierta o laparoscópica) puede tener procedimientos adicionales asociados que se ajustan de acuerdo con los hallazgos preoperatorios o intraoperatorios y que la decisión del cirujano y equipo quirúrgico ponderará todos los necesarios en mi beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - a. Resección de más segmentos hepáticos.
 - b. Realizar anastomosis o reparaciones biliares y/o vasculares.
 - c. Resecar órganos que pudieran tener compromiso o infiltración tumoral.

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma **completamente anónima**, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- **Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas incluyendo las citas y medicación.** Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado hepático.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido **TODA** la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una hepatectomía robótica debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular **TODAS** las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de **HEPATECTOMÍA ROBÓTICA**.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro **DECLARO REVOCAR MI**

CONSENTIMIENTO para la realización de la hepatectomía robótica, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de **NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA** las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE GASTRECTOMÍA
ROBÓTICA (TOTAL, SUBTOTAL O PARCIAL)**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La gastrectomía robótica, ya sea total, subtotal o parcial, es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que utiliza tecnología robótica avanzada para extirpar parcial o totalmente el estómago. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general por un equipo médico especializado, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Está indicado principalmente para tratar tumores malignos y benignos del estómago, lesiones precursoras de cáncer, úlceras gástricas complicadas y otras condiciones que requieren intervención quirúrgica. La tecnología robótica permite una mayor precisión, mejor visualización y control durante la cirugía en comparación con técnicas convencionales.

Objetivo del Procedimiento

1. Extirpar de manera precisa los segmentos del estómago que estén comprometidos utilizando tecnología robótica.
2. Restaurar la continuidad del tracto digestivo mediante técnicas avanzadas de reconstrucción.
3. Minimizar complicaciones quirúrgicas y mejorar los resultados postoperatorios.

Alternativas

4. Gastrectomía abierta (cirugía tradicional con laparotomía – incisión abdominal amplia).
5. Gastrectomía laparoscópica, si el caso es elegible.
6. Tratamiento médico o manejo paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento**Favorables:**

1. Mayor precisión quirúrgica gracias al uso de tecnología robótica.
2. Menor dolor postoperatorio, sangrado y tiempo de recuperación en comparación con cirugía abierta.
3. Intención curativa en casos de cáncer gástrico en estadios iniciales.
4. Prevención de complicaciones como hemorragias, perforaciones o diseminación de enfermedad.

Desfavorables:

1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, fuga anastomótica, lesión de órganos adyacentes (hígado, bazo, intestinos), o infecciones.
2. Posibilidad de conversión a cirugía abierta en caso de complicaciones intraoperatorias.
3. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.
4. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea con intención de vigilancia estrecha o de tratamiento por efectos adversos severos ocasionados por enfermedades o condiciones previas existentes y/o aquellos relacionados con la cirugía.
5. Reacciones adversas a los medicamentos y transfusiones utilizados durante y después de la cirugía.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

- Progresión de la enfermedad gástrica, con aumento del riesgo de complicaciones severas.
- Reducción significativa en la calidad y esperanza de vida.
- Aumento del riesgo de diseminación tumoral en casos de malignidad.

Riesgos Reales y Potenciales

- Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
- Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos o vísceras adyacentes, fuga anastomótica, síndrome de vaciamiento rápido ("Dumping syndrome").
- Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 3% en condiciones electivas, mayor en pacientes de alto riesgo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



Posibilidad de Procedimientos Adicionales en mi Cirugía

Durante la cirugía, dependiendo de los hallazgos, pueden ser necesarios procedimientos adicionales para garantizar su beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:

- Resección de órganos adyacentes comprometidos.
- Esplenectomía en caso de compromiso del bazo.
- Esofagotomía distal en casos indicados.
- Resección del esófago (2cm) en caso de gastrectomía total.

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma completamente anónima, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

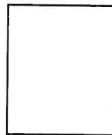
Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido TODA la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una gastrectomía total, subtotal, parcial robótica debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular TODAS las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento GASTRECTOMÍA ROBÓTICA (TOTAL, SUBTOTAL O PARCIAL).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, DECLARO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO para la realización de la GASTRECTOMÍA TOTAL, SUBTOTAL, PARCIAL ROBÓTICA, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE PANCREATECTOMÍA TOTAL O PARCIAL ROBÓTICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La pancreatectomía robótica, ya sea total o parcial (corporocaudal, caudal, subtotal o enucleación), con o sin esplenectomía, es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que utiliza tecnología robótica avanzada. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general por un equipo médico especializado, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Está indicado principalmente para tratar tumores malignos y benignos del páncreas, tumores quísticos del páncreas, lesiones precursoras de cáncer y otras condiciones complejas que requieren intervención quirúrgica.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa los órganos y tejidos comprometidos para tratar enfermedades diagnosticadas.
- Preservar la anatomía y función digestiva en caso de ser posible.
- Minimizar complicaciones postoperatorias y mejorar la calidad de vida.

Alternativas

1. Pancreatectomía abierta (cirugía tradicional con corte – laparotomía - y estándar).
2. Pancreatectomía laparoscópica, si su caso es elegible.
3. Observación y manejo médico paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento

Favorables:

1. Intención curativa con posibilidad de mejora de la supervivencia general y/o libre de enfermedad.
2. Resolución o mejora del diagnóstico.
3. Menor dolor postoperatorio, sangrado y recuperación más rápida en comparación con cirugía abierta.
4. Posibilidad de alta temprana y retorno a actividades normales según indicaciones médicas.

Desfavorables:

1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes (bazo, intestino delgado, intestino grueso, estómago), fuga pancreática, absceso intraabdominal, íleo paralítico, pancreatitis postoperatoria o insuficiencia pancreática (endocrina o exocrina). Todos estos efectos adversos están descritos en la literatura médica mundial.
2. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves.
3. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos por vigilancia o tratamiento de efectos adversos.
4. Reacciones adversas a medicamentos y transfusiones.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento.

1. Progresión de la enfermedad, con potencial de empeoramiento significativo.
2. Disminución de la posibilidad de supervivencia general y/o libre de enfermedad.
3. Riesgo de complicaciones graves como insuficiencia pancreática o diseminación tumoral.
4. Reducción en la calidad y esperanza de vida del paciente.

Riesgos Reales y Potenciales

1. Complicaciones generales: infección (p.ej. respiratoria, urinaria, de sitio operatorio, de herida operatoria, etc.), sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
2. Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos, fuga pancreática, perforación de vísceras.
3. Conversión a cirugía laparoscópica o abierta si se considera necesario según los hallazgos intraoperatorios.
4. Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 1% en condiciones electivas, pero mayor en pacientes de alto riesgo.

Posibilidad de Procedimientos Adicionales en mi Cirugía

- Durante la cirugía, dependiendo de los hallazgos, pueden ser necesarios procedimientos adicionales para garantizar su beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - o Esplenectomía (extirpación del bazo).
 - o Preservación o resección de estructuras vasculares.
 - o Extirpación de otros órganos comprometidos por enfermedad.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo postoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes del procedimiento. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma completamente anónima, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.



Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga permanencia física en la ciudad de Lima alrededor de los 30 primeros días postoperatorios (idealmente noventa).

Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.

Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias hepatotóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.

Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas****DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (),
o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º
(NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de:
_____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido TODA la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una pancreatometría total o parcial (corporocaudal, caudal, subtotal o enucleación), con o sin esplenectomía robótica debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular TODAS las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

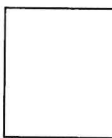
Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de **PANCREATECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (CORPOROCAUDAL, CAUDAL, SUBTOTAL O ENUCLEACIÓN), CON O SIN ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA.**

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:

DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos:

CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (),
o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º
(NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de:
_____, DECLARO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO para la

realización de la **PANCREATECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (CORPOROCAUDAL, CAUDAL, SUBTOTAL O ENUCLEACIÓN), CON O SIN ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA**, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de **NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA** las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA).

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:

DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos:

CMP N.º: RNE N.º:

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N.º 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: <https://www.gob.pe/inen>





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE PROCTECTOMÍA TOTAL O PARCIAL – RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA
(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento

La proctectomía robótica es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que utiliza tecnología robótica avanzada para la resección parcial o total del recto. Este procedimiento es realizado por un equipo médico especializado bajo anestesia general, utilizando pequeñas incisiones para introducir brazos robóticos y una cámara de alta precisión en tres dimensiones (3D). Se emplea para tratar enfermedades del recto como cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal complicada, abscesos recurrentes, entre otras condiciones médicamente indicadas.

Objetivo del Procedimiento

- Extirpar de manera precisa el segmento o totalidad del recto afectado para tratar enfermedades diagnosticadas, preservar la mayor funcionalidad posible del tracto digestivo y minimizar complicaciones posoperatorias.

Alternativas

- Proctectomía abierta (cirugía tradicional).
- Proctectomía laparoscópica.
- Cirugía Transanal. Consulte con su médico si su caso es elegible a estos tratamientos.
- Manejo médico no quirúrgico en casos seleccionados, dependiendo de la patología específica y la evaluación médica. Por ejemplo, manejo no operatorio con Radioterapia y quimioterapia. Pregunte a su médico si su caso es elegible.
- Tratamiento con quimioterapia o terapia biológica (p.ej. terapia diana, terapia con anticuerpos monoclonales, inmunoterapia). Consulte con su médico si su caso es elegible a estos tratamientos. Estos tratamientos no reemplazan la intención curativa ni tienen por sí solos el mismo efecto que la cirugía.
- Observación y manejo médico paliativo en casos seleccionados.

Consecuencias de Realizar el Procedimiento

Favorables:

1. Intención curativa con posibilidad de mejorar la supervivencia general y/o libre de enfermedad.
2. Resolución o mejora de mi enfermedad colónica diagnosticada.
3. Menor dolor posoperatorio, sangrado y recuperación más rápida en comparación con cirugía abierta.
4. Posibilidad de alta temprana y retorno a actividades normales según indicaciones médicas

Desfavorables:

1. Riesgo de complicaciones quirúrgicas como hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes, fuga anastomótica, absceso pélvico, disfunción urinaria o sexual, y formación de íleo paralítico. Todos estos efectos adversos están descritos en la literatura médica mundial.
2. Necesidad de reintervención en caso de complicaciones graves y uso de colostomía temporal o definitiva.
3. Posibilidad de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea con intención de vigilancia estrecha o de tratamiento por efectos adversos severos ocasionados por enfermedades o condiciones previas existentes y/o aquellos relacionados con la cirugía.
4. Reacciones adversas a los medicamentos y transfusiones utilizados durante y después de la cirugía.

Consecuencias de NO Realizar el Procedimiento

1. Progresión de la enfermedad colónica, con potencial de empeoramiento significativo (progresión de enfermedad).
2. Disminución de la posibilidad de supervivencia general y/o libre de enfermedad o progresión.
3. Riesgo de complicaciones graves como insuficiencia hepática o diseminación tumoral.
4. Reducción en mi calidad y esperanza de vida.

Riesgos Reales y Potenciales

1. Complicaciones generales: infección, sangrado, formación de coágulos (trombosis venosa profunda), reacciones alérgicas a medicamentos o anestesia.
2. Complicaciones específicas: lesión de vasos sanguíneos, fuga de la anastomosis (unión de los intestinos), perforación de vísceras (incluye intestinos), sepsis (infección generalizada), choque o falla de varios órganos.
3. Conversión a cirugía laparoscópica o abierta si se considera necesario según los hallazgos o eventos intraoperatorios.
4. Mortalidad quirúrgica: riesgo estimado inferior al 1% en condiciones electivas, pero mayor en pacientes de alto riesgo.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: <https://www.gob.pe/inen>



Posibilidad de Procedimientos adicionales en mi cirugía.

1. La cirugía de recto robótica (así como cualquier la cirugía abierta o laparoscópica) puede tener procedimientos adicionales asociados que se ajustan de acuerdo con los hallazgos preoperatorios o intraoperatorios y que la decisión del cirujano y equipo quirúrgico ponderará todos los necesarios en mi beneficio. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - a. Resección de más longitud y pedículos vasculares del colon.
 - b. Realizar más anastomosis o reparaciones intestinales.
 - c. Resectar órganos que pudieran tener compromiso o infiltración tumoral.
 - d. Uso de ostomías (ileostomía, colostomía).

Efectos Adversos de los Elementos Farmacológicos Utilizados

Los medicamentos administrados para la anestesia y el manejo posoperatorio pueden generar efectos como náuseas, vómitos, alergias o, en casos raros, reacciones graves que incluyen choque anafiláctico o en casos extremadamente raros la muerte. Estos serán explicados por el anestesiólogo antes de la cirugía. Durante el procedimiento el cirujano no prescribe medicamentos; sin embargo, en coordinación con el anestesiólogo puede requerir que se administren algunos (p.ej. procoagulantes, anticoagulantes, antibióticos, etc.).

SANGRE: Entiendo que, si mi médico lo considera necesario, se podrían administrar sangre o productos derivados de la sangre para preservar mi vida o salud.

Registro y uso de mis datos e imágenes con fines académicos y científicos

(De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo 25, inciso c)

Declaro estar en conocimiento de que los datos e imágenes registrados durante los estudios preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio podrán ser utilizadas con fines académicos y científicos. Asimismo, entiendo que dichas imágenes se manejarán de forma **completamente anónima**, resguardando mi identidad y privacidad en todo momento donde ningún dato que permita identificarme será expuesto o hecho público.

Pronóstico

Bueno () Reservado ()

Recomendaciones Posoperatorias

- Cumplir estrictamente con el plan de rehabilitación y las indicaciones médicas, incluyendo las citas y medicación. Es importante que usted mantenga una dieta específica según las recomendaciones médicas y evite esfuerzos físicos intensos durante el periodo de recuperación.
- Realizar controles periódicos para asegurar la recuperación y evaluar el estado postoperatorio.
- Mantener una dieta adecuada y evitar el consumo de sustancias tóxicas como alcohol o ciertos medicamentos.
- Si usted presenta signos de alarma como: temperatura mayor a 38°C, vómitos, sudoración fría, vómitos, desorientación o parálisis o algún signo que usted considere de alarma acérquese al INEN o a la Emergencia del hospital o clínica más cercana.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro:

1. Haber recibido y comprendido **TODA** la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y la necesidad de realizar una PROCTECTOMÍA TOTAL O PARCIAL – RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA debido al diagnóstico indicado.
2. Haber podido formular **TODAS** las preguntas que he considerado necesarias sobre este procedimiento y haber recibido respuestas satisfactorias.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre los riesgos propios de la intervención quirúrgica, las posibles consecuencias de realizarla o no realizarla, y los beneficios y riesgos esperados del procedimiento así como los procedimientos adicionales que se requieran, según las explicaciones médicas ya recibidas.
4. Entender los estudios y tratamientos adicionales que podrían ser necesarios para el diagnóstico definitivo, la recuperación, o los posibles cambios en el procedimiento que el equipo médico considere indispensables para mi beneficio.
5. Comprendo que mis datos y las imágenes registrados durante el período preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio podrán ser utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos. Entiendo que en todo momento se mantendrán de forma anónima, asegurando que no se expondrá ni se hará pública ninguna información que permita identificarme
6. Saber que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, entendiendo las implicaciones para mi salud.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de PROCTECTOMÍA TOTAL O PARCIAL – RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente _____, con número de Historia Clínica N.º (NÚMERO DE DNI) _____, con el Diagnóstico de: _____, declaro **DECLARO REVOCAR MI**

CONSENTIMIENTO para la realización de la PROCTECTOMÍA TOTAL O PARCIAL – RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA, entendiendo las posibles consecuencias para mi salud de **NO AUTORIZAR LA CIRUGÍA** las cuales me han sido nuevamente explicadas y declaro haber entendido completamente y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución (INEN – MINSA) .

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N.º:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N.º: RNE N.º:

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: <https://www.gob.pe/inen>

