



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD BY-PASS GÁSTRICO

D./Dña.....
.de.....años de edad,
con domicilio en.....
y DNI nº.....

DECLARO

Que el DR. D.....me ha explicado que la OBESIDAD GRAVE O MÓRBIDA es considerada una enfermedad que puede producir o favorecer la aparición de trastornos de salud tales como hipertensión arterial, diabetes, trastornos de huesos y articulaciones, trastornos del sueño, alteraciones psicosociales y otros, aumentando la tasa de mortalidad de las personas que la padecen. De acuerdo a los criterios médicos internacionalmente aceptados, es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la OBESIDAD.

1.- Mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por métodos conservadores y de esta manera y al mismo tiempo evitar, mejorar o solucionar las alteraciones de salud relacionadas con ello. Comprendo que el objetivo fundamental de la intervención es la prevención, cura o mejora de las complicaciones (comorbilidades) asociadas a mi obesidad y no el aspecto estético o de imagen corporal.

2.- El medico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que, aunque muy ocasionalmente, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados de cuyo riesgo he sido informado/a.

3.- Previamente he sido informado/a de todas las posibilidades técnicas (tanto malabsortivas como restrictivas) y soy consciente de que las primeras son, más complejas pero también más eficaces en cuanto a conseguir pérdidas de peso satisfactorias y mantenidas.

4.- La técnica escogida se denomina “**BY-PASS GÁSTRICO**”. Se llevará a cabo por vía laparoscópica. Consiste en la combinación de una reducción de la capacidad de mi estómago y la desviación del alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes. Con ello se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho y una disminución en la absorción de nutrientes.



5.- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento (por ejemplo reconvertir la intervención a procedimiento por vía abierta o cambiar de técnica) por posibles hallazgos intraoperatorios o resolver problemas inesperados y para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

6.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, retención aguda o infección de orina, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación, o pocos frecuentes y graves: eventraciones (hernias), infección o sangrado intraabdominal, atelectasia y/o neumonía, embolismo pulmonar, fístulas intestinales por deficiente cicatrización de las suturas, lesiones del bazo o del hígado, alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos, déficit nutricionales (incluido falta de vitaminas, proteínas o minerales), pérdida excesiva de peso, estrechez de la anastomosis y/o fallo del procedimiento con no reducción del peso. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suplementos vitamínicos, nutricionales o minerales, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

7.- También se me ha informado de los riesgos personalizados en mi caso
concreto.....
.....

8.- Vómitos, náuseas, flatulencias, ardores e intolerancia a ciertos alimentos sobretodo sólidos (como por ejemplo carne roja) y diversas alteraciones en la dieta habitual ocurren con frecuencia. Todo ello puede ocasionar problemas en la ingesta de cierto tipo y/o cantidad de comida lo cual, en cierta manera, puede ser un beneficio de esta cirugía, ya que previene la ingesta de ciertos alimentos y líquidos por miedo al vómito.

9.- El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

10.- El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa de tratamiento más eficaz que la cirugía ya que han fallado los métodos convencionales.

11.- He sido informada que durante la fase de pérdida de peso (aproximadamente durante los primeros 12 meses después de la intervención) no es aconsejable quedarse embarazada debido a que se desconocen las repercusiones que ello podría tener en el desarrollo del feto.

12.- Ocasionalmente y tras pérdidas importantes de peso la piel del tronco o las extremidades puede volverse flácida y hacer recomendable otras cirugías futuras.



13.- Entiendo que cualquier técnica quirúrgica para tratar la obesidad debe ir acompañada de un seguimiento regular. Me explican con especial énfasis la necesidad de corregir mis hábitos alimentarios y de vida y realizar los tratamientos complementarios necesarios para conseguir pérdidas de peso correctas y evitar posibles secuelas derivadas de la intervención. El médico me ha explicado que frecuentemente es necesario, después de este tipo de cirugía, complementar la dieta con suplementos vitamínicos, minerales y de nutrición para evitar posibles déficit alimentarios.

El médico me ha explicado claramente que para conseguir los mejores resultados y evitar posibles complicaciones debo realizar los controles y las pruebas de estudio oportunas, cumplir el tratamiento y seguimiento recomendado, acudiendo de forma regular a la consulta facultativa y ponerme en contacto con el equipo médico tan pronto como note algún cambio sintomático sospechoso.

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

Se que también puedo negarme al procedimiento y que siempre y en cualquier momento puedo desdecirme de la decisión que ahora tomo y revocar el consentimiento.

Manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por todo ello, en tales condiciones y libremente

CONSENTO

que se me realice un BY-PASS GÁSTRICO como cirugía de la OBESIDAD con la limitación de.....

Y al mismo tiempo,

Doy mi autorización para obtener fotografías, vídeos, registros gráficos y recoger datos durante el pre, intra y postoperatorio y difundir los mismos con fines científicos o didácticos.

En..... (Lugar y fecha).

Fdo.: El médico

Fdo.: El paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado.