

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE OBESIDAD

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por otros métodos y que me producen las complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares.
- Se me ha explicado que, en cirugía de la obesidad hay varias técnicas que, en resumen, consisten en reducir la capacidad del estómago, o en desviar el alimento de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas.
- Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.
- Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que necesito para encontrarme satisfecho y/o disminuir la absorción de nutrientes.
- En ocasiones la intervención se asocia con la extirpación de la vesícula biliar, por el riesgo de formación de cálculos, y de parte del estómago excluido.

### PROCEDIMIENTO y CARACTERÍSTICAS

- La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas
- Operando con instrumental especial.
- La técnica quirúrgica no difiere de la habitual.
- En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión hacia una cirugía abierta (laparotomía).
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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.
- Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección o sangrado de la herida quirúrgica 2. flebitis 3. retención urinaria 4. alteraciones digestivas transitorias 5. dolor prolongado en la zona de la operación 6. derrame pleural 7. por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos habitualmente al hombro.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. embolias y tromboembolismo pulmonar 2. fistulas intestinales por alteración en la cicatrización de las suturas 3. estrechez de las anastomosis 4. sangrado o infección intraabdominal 5. obstrucción intestinal 6. alteraciones digestivas como diarreas o vómitos 7. déficit nutricionales 8. excesiva pérdida de peso o, por el contrario, fallo del procedimiento con escasa pérdida de peso 9. por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### CONSECUENCIA DE LA CIRUGÍA

- Como consecuencia del éxito de la intervención y de la pérdida de peso, pueden aparecer pliegues o colgajos cutáneos que en algunas ocasiones desaparecen con el tiempo, pero que en la mayoría de los casos requieren intervenciones para su resolución.
- Se que la técnica elegida conlleva una serie de consecuencias que conozco y acepto, y que implicarán cambios, a veces definitivos, en m estilo de vida, como son:
- Modificaciones permanentes en mis hábitos alimentarios, como por ejemplo, comer pocas cantidades, no “picar” continuamente, o no beber líquidos hipercalóricos entre otras.
- Control periódico de mi situación nutricional por parte del endocrinólogo, recibiendo los aportes vitamínicos o minerales que se me prescriban, así como la medicación que necesite.
- Acudir a las consultas de seguimiento periódico que se me indican.
- En el caso de ser mujer en edad fértil, es aconsejable no quedarse embarazada en los dos años siguientes a la intervención, debido a que la situación de mal nutrición que se produce podría ser perjudicial para el desarrollo del feto.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente) .....

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....