

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA BARIÁTRICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

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

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

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

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

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía Bariátrica (Manga Gástrica o Bypass Gástrico): Consiste en la reducción del volumen del estómago a través del uso de sutura mecánicas con o sin la extracción del segmento residual y de la unión de intestino según el procedimiento que se realice.

El propósito de la cirugía es modificar la parte superior del tubo digestivo en pacientes con obesidad. Este procedimiento lo ayudará a perder una significativa cantidad de peso.

Dependiendo de las decisiones del intraoperatorio, puede haber necesidad de colocar drenajes en la cavidad peritoneal, así como de convertir la cirugía video laparoscópica cuando sea el caso, en una cirugía convencional abierta.

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

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

Riesgos:

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

otros específicos del procedimiento:

- Reacciones alérgicas
- Hemorragias
- Coágulos de sangre (piernas, pulmón y vasos intraabdominales)
- Infección (heridas operatorias e intraabdominales)
- Rechazo de puntos de sutura de piel y/o pared abdominal

- Filtraciones
- Estrechamiento
- Úlceras
- Perforaciones del Esófago
- Síndrome de Dumping (los síntomas incluyen dolor abdominal, problemas cardiovasculares, desfallecimiento, sudoración, náusea, diarrea y vértigos. Es una complicación poco frecuente y no compromete la vida del paciente)
- Obstrucción del intestino
- Insuficiencia Pancreática (diarrea crónica profusa)
- Alteración de la absorción de medicamentos psiquiátricos, reumatológicos, medicamentos crónicos en general que pueden modificar su acción.
- **Conversión y/o Suspensión:** corresponde a la posibilidad de transformar la operación con técnica laparoscópica a la modalidad abierta o suspender el procedimiento, por eventos y/o hallazgos imprevistos durante la cirugía.
- **Cambio de Técnica Quirúrgica:** corresponde a la posibilidad de transformar la operación de una técnica a otra (realizar una manga gástrica en lugar de un Bypass gástrico), por eventos y/o hallazgos imprevistos durante la cirugía.
- **Hernia:** cortes dentro de la pared abdominal pueden conducir a hernias después de la cirugía
- **Pérdida de Cabello:** algunos pacientes sufren caída parcial del cabello después de la operación. Esto responde a la administración de vitaminas.
- **Deficiencia de algunas vitaminas:** según el procedimiento debe tomar vitaminas de por vida.
- **Complicaciones del embarazo:** ningún embarazo debe ocurrir durante el primer año después de la operación y los pacientes deben estar seguros de que no les falte vitaminas si deciden embarazarse.
- **Depresión:** la depresión es una enfermedad médica común y se ha encontrado como particularmente común en las primeras semanas después de la operación.

Eventualmente podría ser necesario trasladarlo a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la clínica o a otro centro hospitalario.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

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

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

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

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

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

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

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

Completar por el Profesional

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

Completar por el Paciente o Representante Legal

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

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)