

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA MANGA GÁSTRICA ENDOSCÓPICA

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

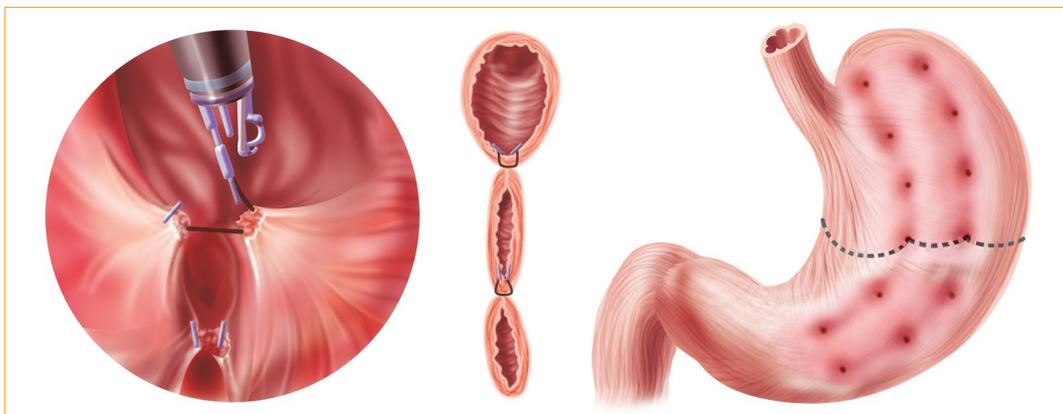
DECLARO

Que el DOCTOR/A:
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a un tratamiento endoscópico mediante la **REALIZACIÓN DE UNA MANGA GÁSTRICA ENDOSCÓPICA.**

- ▶ El propósito principal de la técnica es la consecución de la pérdida de peso corporal mediante la colocación de puntos de sutura que reducen la capacidad del estómago, provocan una sensación de plenitud gástrica precoz y, en consecuencia, la reducción de peso.
- ▶ He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general, de cuyos riesgos me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que la técnica consiste, en primer lugar, en la práctica de una gastroscopia para descartar cualquier lesión y/o enfermedad que contraindique la técnica. A continuación, por vía endoscópica, se colocan unos puntos de sutura no absorbibles que al ser ajustados provocarán un reducción de la capacidad del estómago de almacenar alimentos, y favorecer así la pérdida de peso corporal. Se trata de un procedimiento que produce unos cambios anatómicos permanentes en el estómago pero que no comportan extirpación del mismo.



- ▶ He sido informado de las alternativas existentes para la pérdida de peso, como por ejemplo la dieta hipocalórica estricta, el balón intragástrico, diferentes dispositivos similares al balón y otras intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad. El médico me ha informado de todas ellas de forma clara y ha respondido a todas las dudas que le he planteado sobre las mismas.
- ▶ Entiendo y asumo que la técnica por sí misma no garantiza la pérdida de peso y que ésta únicamente dependerá de las calorías consumidas y, en consecuencia, de la modificación de la conducta alimentaria. Si esta técnica no fuera efectiva, podrían realizarse intervenciones quirúrgicas más radicales para el tratamiento de la obesidad.

- ▶ También he sido informado y comprendo que puede ser necesaria una estancia hospitalaria mínima de 24 horas. Dado que la técnica endoscópica se practica con la inyección de aire o CO₂, puede ser habitual que presente inicialmente distensión abdominal que, por lo general, cesa a las pocas horas. Se me ha advertido que durante los primeros días o semanas pueden presentarse náuseas, vómitos y dolor abdominal, que suele desaparecer al cabo de unos días, pero puede obligar a administrar analgésicos y antieméticos (anti-vómitos). La ingesta de alimentos líquidos y blandos deberá realizarla con precaución y de forma progresiva, tal como me indicarán.
- ▶ Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones. Los efectos indeseables más frecuentes son náuseas, dolor abdominal, meteorismo, diarrea, estreñimiento o vómitos. Estos efectos indeseables pueden ser leves, no obstante, pueden presentarse de forma más intensa produciendo deshidratación que puede, a su vez, provocar otras complicaciones como insuficiencia renal. Otras complicaciones, poco frecuentes pero de mayor gravedad, derivan de eventuales problemas a consecuencia de la propia intervención, como son la hemorragia en garganta, esófago, estómago o duodeno, la perforación de esófago o de estómago, la infección de la cavidad abdominal o torácica, o la obstrucción, que para su resolución puede precisar tratamiento médico o incluso a una intervención quirúrgica. Como resultado de los cambios anatómicos en el estómago pueden aparecer úlceras, reflujo esofágico, estrecheces que pueden requerir tratamiento médico o procedimientos endoscópicos. Los síntomas de reflujo ácido pueden precisar tratamiento crónico con fármacos contra la acidez. Otras complicaciones que pueden aparecer coincidiendo con la intervención son: aspiración bronquial, hipotensión, reacción alérgica y flebitis o, excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de las complicaciones descritas pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico y pueden conllevar un riesgo de mortalidad.
- ▶ El médico me ha explicado que este tratamiento está contraindicado en caso de embarazo y madres lactantes. Además, se me ha informado que la manga gástrica endoscópica está contraindicada si padezco hernia de hiato de gran tamaño, úlcera de estómago o duodeno, enfermedades graves cardiopulmonares, renales o del hígado, enfermedades psiquiátricas, alcoholismo o consumo de drogas. También he sido informado que, en ocasiones, algunos puntos de sutura de la manga se pueden soltar.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
.....
- ▶ Autorizo al equipo médico a modificar la técnica endoscópica programada si en el momento del acto endoscópico surgiera algún imprevisto.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

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

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que perderé peso ni de que mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **MANGA GÁSTRICA ENDOSCÓPICA**.

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

REVOCACIÓN

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante