



SANATORIO OTAMENDI  
MIROLI S.A.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA BARIATRICA BY PASS GASTRICO EN Y DE ROUX

Fecha de ingreso

Yo, ....., DNI ..... autorizo al  
Dr. .... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados,  
a efectuar en mi persona el procedimiento conocido como **BY PASS GASTRICO EN Y- DE- ROUX** (ver esquema).

La obesidad es una enfermedad crónica, inflamatoria, recidivante y estigmatizante cuya severidad afecta la calidad y la expectativa de vida del individuo que la padece.

La cirugía bariátrica y metabólica constituye una estrategia terapéutica cuyo fin es lograr que los pacientes puedan revertir y/o mejorar su/s enfermedad/es asociada/s (comorbilidades). Esto se logra mediante un procedimiento quirúrgico que deriva en una modificación del tracto digestivo, y cuyo fin es el de lograr que el paciente pueda modificar eficazmente sus hábitos alimentarios. Esto se logra mediante la reducción del volumen del estómago y saltar sectores del tubo digestivo (by pass), y la modificación de la producción de enterohormonas que regulan el mecanismo de hambre y saciedad.

La cirugía bariátrica y metabólica tiene además, como objetivo reducir la mortalidad ligada a la obesidad severa, controlar las enfermedades asociadas a ella y mejorar la calidad de vida a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo.

Existen distintos tipos de procedimientos bariátricos y metabólicos. La selección del procedimiento se basa en la evaluación de cada caso en particular por parte del equipo multidisciplinario tratante.

Declaro que se me ha informado, en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la condición que padezco, los riesgos que esta puede provocar en mi salud y que también comprendo la naturaleza del procedimiento indicado por el médico tratante.

Declaro que se me ha informado que los beneficios esperados del tratamiento indicado son: Lograr la pérdida del exceso de peso que no se ha conseguido por otros métodos y que genera las enfermedades asociadas a un exceso de grasa corporal. Es esperable también que mediante este procedimiento se controlen y/o curen ciertas enfermedades relacionadas con la obesidad severa.

Declaro conocer los riesgos y complicaciones más frecuentes que acarrea una Cirugía de Bypass Gástrico en Y- de-Roux, que incluyen la fístula, el sangrado y el reflujo gastroesofágico. Menos frecuentemente, los pacientes pueden presentar dificultad para ingerir alimentos por vía oral, náuseas y vómitos, carencias de vitaminas y minerales, desnutrición severa, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, estenosis de anastomosis, insuficiencia pancreática, dolor abdominal crónico, trastornos relacionados a la salud mental y hernias internas. A su vez, declaro comprender, que un porcentaje de pacientes que padecen complicaciones, pueden tener un desenlace fatal.

Declaro comprender, que el Bypass Gástrico en Y- de- Roux imposibilita el acceso endoscópico a sectores del tubo digestivo, lo cual puede ser perjudicial para tratar diversas situaciones, entre las que se destacan: Litiasis coledociana, evaluación endoscópica del estómago remanente y duodeno para diagnosticar enfermedad celiaca, lesiones orgánicas gástricas y/o duodenales, o dolor abdominal crónico.

Comprendo que existen imponderables en un acto quirúrgico, que en pro de la salud del paciente, pueden generar a juicio del equipo quirúrgico, un cambio en la vía de abordaje (conversión a cirugía convencional) o táctica quirúrgica. Comprendo que la cirugía bariátrica y metabólica requiere una serie de modificaciones en la conducta para que el tratamiento sea eficaz a largo plazo. Es por ello que declaro y acepto que dichas adaptaciones implicarán cambios, a veces definitivos, en su estilo de vida, a saber: Compromiso y adherencia con las pautas alimentarias que le proporciona el equipo multidisciplinario tratante. A su vez me comprometo a continuar con los controles post operatorios y con la suplementación indicada por los profesionales del equipo tratante, y a incorporar la actividad física en su rutina diaria.

Declaro que se me ha explicado que el procedimiento será realizado bajo anestesia general y que médico tratante le ha explicado los alcances y las posibles complicaciones inherentes a ella. Presto conformidad para que el médico anesthesiólogo actúe y/o administre durante esta los fármacos y/o procedimientos que crea necesarios para mi bienestar mientras dure el procedimiento.

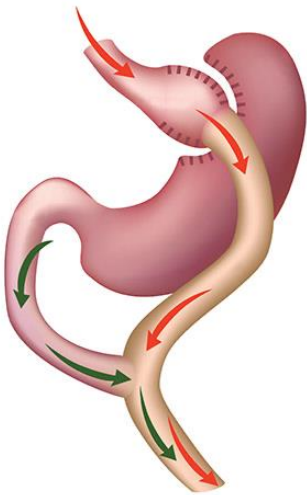
Reconozco que he sido acompañado por médico tratante en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que se realizarán.



En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....  
.....  
.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.



Esquema

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante

\_\_\_\_\_  
Aclaración



SANATORIO OTAMENDI  
MIROLI S.A.

**REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, ..... revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. Documento

Firma y sello del Médico