

Consentimiento informado para gastroplastia restrictiva endoscópica

D./Dña. _____, mayor de edad y con domicilio en _____ C.P. _____, calle _____ y con DNI Nº _____, y por medio del presente escrito,

MANIFIESTA

PRIMERO.- Que le ha sido explicado en un lenguaje comprensible, exhaustivamente y de forma detallada por el Dr. _____, la técnica de GASTROPLASTIA RESTRICTIVA ENDOSCÓPICA, que se realizará bajo anestesia general, con el fin de perder peso, siendo actualmente este de _____Kg. Que así mismo, el tratamiento por sí solo no consigue la pérdida de peso, y tanto la pérdida inicial de peso como el mantenimiento de la misma en el tiempo, dependerá únicamente de las calorías consumidas en la dieta que realice el paciente y del ejercicio realizado.

La gastroplastia restrictiva endoscópica (método POSE, Técnica Apollo) consiste en la realización de una reducción gástrica sin necesidad de hacer incisiones externas, en la que bajo anestesia y a través de un endoscopio (tubo flexible que se introduce por la boca), se hacen unos pliegues en el estómago mediante sutura para reducir su capacidad, evitando su distensión y la acomodación a los alimentos, provocando saciedad precoz y retrasando la aparición de la sensación de hambre.

El método no es doloroso, si bien puede generar algunas molestias a nivel gástrico, y habitualmente conlleva una rápida recuperación que permite al paciente, en la mayoría de los casos, hacer vida normal en 24 horas.

Ingestas abundantes pueden afectar a la durabilidad de la gastroplastia, ya que el exceso de volumen ingerido puede acarrear la rotura o menor durabilidad de las suturas, que están diseñadas para ser sometidas a determinada tensión y ceder antes de que se pudiera dañar la pared gástrica por la hiperpresión.

SEGUNDO.- Que así mismo, le han sido explicados, entiende y asume los riesgos asociados al procedimiento y al propio acto anestésico necesario para su realización.

Dentro de los riesgos propios de la anestesia general, son poco frecuentes pero incluyen: reacción alérgica, broncoaspiración o paso de líquidos del estómago a los pulmones y provocar una neumonía, ritmo cardiaco irregular, ataque al corazón.

Entre los riesgos que pueden asociarse al procedimiento se incluyen:

Frecuentes: dolor de garganta temporal.

Poco frecuentes: úlcera (una llaga que es difícil de curar) en el revestimiento del estómago que puede requerir tratamiento con medicamentos.

Muy poco frecuentes: hemorragia, perforación o desgarro esofagogastro-intestinal, con improbable pero descrita afectación de órganos vecinos al esófago o al estómago (hígado, bazo, colon, etc.), perforaciones que podrían exigir una intervención quirúrgica, neumomediastino, neumoperitoneo, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada cardiorespiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), reacción alérgica a los materiales empleados en el procedimiento, daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad, no ocurrida hasta el momento.

TERCERO.- Que D./Dña. _____, se compromete a seguir las instrucciones dietéticas y nutricionales necesarias para la correcta pérdida de peso.

CUARTO.- Que tras la correcta comprensión de los puntos anteriores, estando en pleno uso de sus facultades psíquicas e intelectuales, y de una forma libre y consciente, asume los riesgos y complicaciones asociadas (expuestas en el punto segundo de este consentimiento), que esta actuación médico-sanitaria lleva aparejados. Estoy satisfecho/a con la explicación detallada y no necesito más información.

QUINTO.- Que la presente autorización del acto médico GASTROPLASTIA RESTRICTIVA ENDOSCÓPICA, puede ser revocado en cualquier momento del tratamiento, debiendo ser comunicada tal revocación de forma fehaciente al facultativo o equipo médico actuante.

AUTORIZACIÓN

Yo, D./Dña. _____, doy mi consentimiento y autorizo a que se me practique el método APOLLO con el procedimiento endoscópico y anestésico más adecuado y si durante la intervención, por causas impredecibles en ese momento, se considera necesario y/o conveniente realizar intervención complementaria, expresamente autorizo que se haga sin necesidad de sacarme del estado anestésico.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

PACIENTE

DNI:

Fdo.:

MÉDICO

Nº Coleg.:

Fdo.:

TESTIGO

DNI:

Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

DNI.:

Fdo.:

DENEGACION O REVOCACION

Yo D./Dña. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

PACIENTE

DNI:

Fdo.:

MÉDICO

Nº Coleg.:

Fdo.:

TESTIGO

DNI:

Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

DNI.:

Fdo.: