

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA CIRUGIA BARIATRICA
GASTRECTOMIA EN MANGA POR LAPAROSCOPIA**

Yo _____ de _____ años
con Cedula de Ciudadanía No _____
DECLARO

Que el DR. LUIS ERNESTO LOPEZ GOMEZ c.c. 19.414.458 Registro medico 0968 Ss. Médico especialista en Cirugía General, especialista certificado en Cirugía Endoscópica Laparoscópica y Cirugía Bariátrica (cirugía de obesidad) y miembro activo de la Asociación Colombiana de Cirugía, Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica ACOCIB, Asociación Colombiana de Gastroenterología y Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica (ALACE); me ha explicado que la obesidad GRADO II es considerada una enfermedad que puede producir o favorecer la aparición de trastornos de salud tales como hipertensión arterial, diabetes, trastornos de los huesos y articulaciones, trastornos del sueño, alteraciones psicosociales y otros, aumentando la tasa de mortalidad de las personas que la padecen. De acuerdo a los criterios médicos internacionalmente aceptados, es conveniente proceder en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la OBESIDAD.

1- Mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por métodos conservadores y de esta manera y al mismo tiempo evitar, mejorar o solucionar las alteraciones de salud relacionadas con ello. Comprendo que el objetivo fundamental de la intervención es la prevención, cura o mejora de las complicaciones (comorbilidades) asociadas a mi obesidad y no el aspecto estético o de imagen corporal.

2- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que, aunque muy ocasionalmente, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y hemoderivados.

3- Previamente he sido informado/a de todas las posibilidades técnicas (tanto mal abortivas como restrictivas/ balón, manga, by pass) y soy consciente de que la que recomienda el DR. LOPEZ es, más compleja pero también más eficaz en cuanto a conseguir pérdidas de peso satisfactorio y mantenido.

4- La técnica escogida se denomina “**MANGA GASTRICA**” se llevará a cabo por vía laparoscópica. Consiste en la combinación de una reducción de la capacidad de mi estómago. Con ello se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho.

5- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones durante el procedimiento (por ejemplo, reconvertir la intervención a procedimiento por vía abierta o cambiar de técnica) por posibles hallazgos intraoperatorios o resolver problemas inesperados y para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

6- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto lo comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, retención aguda o infección de orina, derrame pleural, dolor prolongado de la zona de la operación, o pocos frecuentes y graves: eventraciones (hernias), infección o sangrado intraabdominal, atelectasia y/o neumonía, embolismo pulmonar, fístulas intestinales por deficiente cicatrización de la sutura, lesiones del bazo o del hígado, alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos,

déficit nutricionales (incluido falta de vitaminas, proteínas o minerales), perdida excesiva de peso, estreches de la anastomosis y/o fallo del procedimiento como no reducción del peso

El Dr. LOPEZ me ha explicado que estas complicaciones afortunadamente son muy poco frecuentes y habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suplementos vitamínicos, nutricionales o minerales, sueros, etc.) Pero pueden llegar a requerir la reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

7- También se me ha informado de los riesgos personalizados en mi caso concreto...NO HAY RIESGOS ESPECIFICOS EN SU CASO.

8- Vómitos, náuseas, flatulencias o intolerancia a ciertos alimentos sobretodo sólidos (como por ejemplo carne roja) diversas alteraciones de la dieta habitual ocurren con frecuencia. Todo ello puede ocasionar problemas en la ingesta de cierto tipo y/o cantidad de comida lo cual, en cierta manera, es un beneficio de esta cirugía, ya que previene la ingesta de ciertos alimentos y líquidos por miedo al vomito.

9- El Dr. LOPEZ me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

10- El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa de tratamiento más eficaz que la cirugía ya que han fallado los métodos convencionales.

11- Ocasionalmente y tras pérdidas importantes de peso la piel del tronco o las extremidades pueden volverse flácidas y hacer recomendables otras cirugías futuras (de tipo cirugía plástica).

12- Entiendo que cualquier técnica quirúrgica para tratar la obesidad debe ir acompañada de un seguimiento regular. Me explican con especial énfasis la necesidad de corregir mis hábitos alimentarios y de vida y realizar los tratamientos complementarios necesarios para conseguir perdidas de peso correctas y evitar posibles secuelas derivadas de la intervención.

El Dr. LOPEZ me ha explicado que frecuentemente es necesario, después de este tipo de cirugía, complementar la dieta con suplementos vitamínicos, minerales y de nutrición para evitar posible déficit alimentarios.

El médico me ha explicado claramente que para conseguir los mejores resultados y evitar posibles complicaciones debo realizar los controles y las pruebas de estudio oportunas, cumplir el tratamiento y seguimiento recomendado, acudiendo de forma regular a la consulta y ponerme en contacto con el equipo médico tan pronto como note algún cambio sintomático sospechoso.

CONDICIONES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS

El Dr. Luis Ernesto López Gómez, a través de centro elite Ltda se compromete a efectuar la cirugía GASTRECTOMIA EN MANGA POR LAPAROSCOPIA con la mejor tecnología disponible, utilizando las instalaciones hospitalarias del grupo FOSCAL Y FOSCAL INTERNACIONAL. Para tal efecto se cuenta con el respaldo científico del Staff profesional de FOSCAL y FOSCAL INTERNACIONAL. Los servicios de derechos de sala de cirugía, utilización de quirófanos, anestesia, instrumentación e insumos quirúrgicos son contratados directamente por la organización Centro Elite Ltda con FOSCAL. Incluyen todo lo relacionado directamente con el tratamiento de la obesidad mediante la técnica de Bypass Gástrico por laparoscopia. Los insumos que sea requeridos para este procedimiento serán proveídos exclusivamente por FOSCAL y FOSCAL INTERNACIONAL y serán insumos debidamente certificados para su uso por el INVIMA .

La estancia hospitalaria estimada para este tipo de procedimiento es de 24 horas.

Los gastos generados por complicaciones quirúrgicas o por prolongación de estancia hospitalaria, utilización de sangre, requerimientos de cuidados intensivos o reintervenciones serán a cargos del paciente o de su seguridad social.

Los costos por tratamientos médicos o quirúrgicos de otras patologías que en paciente pueda padecer y que no corresponden a la técnica de Bypass gástrico no están cubiertos por el paquete quirúrgico.

En síntesis, el paquete de servicios quirúrgicos incluye

- Procedimiento quirúrgico de Bypass gástrico por laparoscopia
- Insumos intra operatorios
- Medicamentos intra operatorios e intra hospitalarios
- Hospitalización durante 24 horas
- Control y seguimiento post operatorio
- Control por consultas de nutrición, psicología, medicina de la obesidad y cirugía
- Terapia de rehabilitación física post operatoria

ANEXO ESPECIAL

CONSIDERACION POR LA PANDEMIA COVID 19

Certifico que he sido informado(a) de manera amplia y detallada acerca de la situación mundial y local relacionada con la pandemia secundaria a la infección por el coronavirus COVID-19. He sido informado(a) acerca de su presentación clínica, su modo de contagio y la posibilidad de adquirir la enfermedad durante mi estadía en la clínica o en mi recuperación post operatoria.

He sido informado(a) también que la clínica FOCAL INTERNACIONAL donde seré intervenido(a), cuenta con todas las disposiciones actuales y toda la normatividad vigente para las instituciones de salud en pro de minimizar la posibilidad de contagio por el virus y que mis cirujanos cuentan además con los equipos necesarios de protección personal para evitar un eventual contagio. Aun así, tengo claro que a pesar de todas las precauciones tomadas por mis médicos y por la institución de salud es imposible tener el riesgo de infección en 0%.

Tengo claro además que en caso de llegar a adquirir la enfermedad, al ser la infección por COVID-19 una enfermedad pandémica con un período de incubación asintomático prolongado, no es posible determinar si se adquirió o no durante la atención intrahospitalaria.

He sido advertido(a) que mis visitas médicas serán restringidas y estaré sin acompañante durante la estancia hospitalaria.

Tengo conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo adicional para la severidad clínica de la infección por COVID19 y en caso de desarrollarla en el postoperatorio estaré sometido(a) al riesgo adicional de complicaciones pulmonares y/o vasculares, pero en conjunto con mis cirujanos hemos valorado profundamente el balance riesgo – beneficio y consideramos que podemos proceder a realizar la cirugía.

Me han solicitado responder el siguiente cuestionario epidemiológico relacionado con la pandemia.

SINTOMA	SI	NO
Temperatura mayor a 37, 5° C		
Tos seca		
Dificultad respiratoria		
Fatiga severa (cansancio)		
Dolor muscular		
Alteración del olfato		
Alteración del gusto		

Diarrea		
Viajes proveniente de zonas de alta presencia de COVID 19		
Convive con pacientes convalecientes de COVID 19		
Es trabajador de la salud cuidador de pacientes COVID 19		

Las respuestas las he dado manera voluntaria y doy fe que lo he respondido con veracidad y responsabilidad.

El consentimiento informado es una expresión de mi autonomía la cual ejerzo después de una adecuada y profunda información acerca de la infección por COVID-19 la cual he entendido a cabalidad. He podido preguntar con tranquilidad todo lo que he querido y se me han aclarado todas mis dudas.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Se que también puedo negarme al procedimiento y que siempre y en cualquier momento antes de que se me realice la cirugía puedo desdecirme de la decisión que ahora tomo y revocar el consentimiento.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por todo ello, en tales condiciones y libremente

CONSIENTO

- a. Que se me realice una "GASTRECTOMIA EN MANGA". Como cirugía de la obesidad.
- b. Que estos procedimientos se realizan en las instalaciones de la Clínica FOSCAL INTERNACIONAL. entidad de servicios de salud que conozco y que me genera entera confianza, ya que el Dr. López me ha explicado que allí se encuentran todos los recursos humanos, técnicos y científicos para llevar a cabo satisfactoriamente todos los procedimientos planeados.
- c. Acepto mi compromiso de cambios de estilo de vida alimentario hacia una alimentación saludable, cumpliendo con las citas asignadas y las ordenes de tratamientos prescritos.
- d. Que entiendo y acepto las condiciones excepcionales dadas por la Pandemia generada por el COVID 19
En Floridablanca,

Nombre del Usuario
del Usuario

Firma del Usuario

No. del Documento de Identidad

Nombre del Testigo
del Testigo

Firma del Testigo

No. del Documento de Identidad

Parentesco

Luis Ernesto López Gómez 0968



Dr. Luis Ernesto López Gómez
RM 0968 SSS

Nombre del Médico

No. del Documento de Registro Médico