

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La manga gástrica es una técnica utilizada para el manejo y control de la obesidad. Es un procedimiento seguro y efectivo para tratar la obesidad así como las enfermedades relacionadas a ella, tales como la diabetes mellitus y la hipertensión por nombrar solamente algunas.

Características

La manga gástrica, consiste en darle al estómago la forma de una manga o tubo, y al mismo tiempo disminuir su tamaño en aproximadamente un 85 a 70% o poco más de dos tercios (según el tamaño del estómago de cada paciente).

La cirugía se realiza por vía laparoscópica, esto consiste en cinco pequeñas incisiones (menores de 1cm) distribuidas en el abdomen del paciente. Por esas pequeñas incisiones se introduce equipo especial para trabajar dentro del abdomen y una cámara de fibra óptica para poder observar el procedimiento en una pantalla.

La anestesia que se utiliza es la general, por ser la más segura para el paciente y permitir que la cirugía se lleve a cabo por vía laparoscópica.

Riesgos

Dentro de las complicaciones de la cirugía para la obesidad se incluyen las siguientes:

Inmediatas: lesiones de vísceras y/o vasos sanguíneos al introducir los trocares, embolia aérea por el gas intra abdominal, perforación esofágica, lesión del bazo que puede implicar su extracción, hemorragias, hemotransfusión eventual si se necesita.

Mediano Plazo: infecciones (el post operatorio de la herida, del pulmón, urinario e intra - abdominal), trombosis venosa, embolia pulmonar, filtración de suturas del tubo digestivo, dilatación gástrica, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos, dehiscencia de herida operatoria, hipertrofia de la cicatriz.

Largo Plazo: hernia incisional, las anemias por deficiencia de hierro, vitamina B12 o del ácido fólico, la desmineralización ósea, caída de pelo, empeoramiento de enfermedades reumáticas, úlcera péptica, además de deficiencias minerales, proteicas y vitamínicas.

Estoy consciente, que este tipo de procedimiento puede imponer limitaciones a la ingestión de algunos alimentos, puede causar reducción del apetito y además podría interferir en la absorción de ciertas medicinas.

También estoy informado, que la pérdida de peso, así como la prevención de alguna de las complicaciones nutricionales, depende de mi participación efectiva en el sentido de seguir las dietas indicadas, de practicar las actividades físicas regularmente y de hacer uso continuo de vitaminas y complementos que me sean indicados, además de los controles periódicos posteriores a la cirugía con el equipo médico tratante. Entiendo y acepto también, que ante las eventuales complicaciones y dependiendo de su naturaleza, una o más reoperaciones pueden ser necesarias.

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

Por otro lado, entiendo que como cualquier otro tipo de cirugía para la obesidad, puedo no llegar a los resultados deseados por mí, existiendo además la posibilidad de que la pérdida de peso no sea satisfactoria, o incluso pueda ocurrir la recuperación del peso perdido después de un resultado inicial adecuado.

También 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. Por mi situación de salud actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones

He comprendido las explicaciones que se 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.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **MANGA POR VÍA LAPAROSCÓPICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal