

PROTOCOLO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. SCLEDYN (2013)

1.- DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ENDOCRINOLOGÍA PARA VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA CON VISTAS A POSIBLE CIRUGÍA BARIÁTRICA

* Se debe enviar a Endocrinología los pacientes que cumplan los siguientes criterios:

IMC > de 35

Edad entre 18 y 65 años

Ausencia de psicopatología grave: drogadicción, psicosis, etilismo, retraso mental severo, trastornos del comportamiento alimentario

Ausencia de patología orgánica de tipo: cirrosis hepática, insuficiencia renal grave, enfermedad inflamatoria intestinal, cardiopatía severa

* La hoja de derivación o CAE debe estar cumplimentada recogiendo todos los datos que en ella se indican (ver Anexo I)

* Las hojas de derivación serán valoradas por Endocrinología antes de dar el visto bueno a la cita (no podrán ser citados directamente desde Atención Primaria)

2.- ACTUACIÓN UNA VEZ QUE EL PACIENTE LLEGA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

INDICACIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

- Pacientes con IMC > de 40, mantenido más de 3-5 años, en los que el tratamiento médico no ha dado resultados satisfactorios tras al menos un año de tratamiento médico reglado y con buena adherencia del paciente.
- Pacientes seleccionados, con IMC entre 35 y 40, en los que el tratamiento médico no ha dado resultados satisfactorios, y que presentan patologías secundarias a la obesidad, que limitan su vida diaria y que son susceptibles de mejorar con la pérdida de peso (síndrome de apnea del sueño, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, osteoartropatía severa, etc).

SELECCIÓN DE PACIENTES

- Que cumplan alguna de las indicaciones anteriores.
- Edad entre 18 y 60 años.
- Ausencia de psicopatología grave: drogadicción, psicosis, etilismo, retraso mental severo, trastornos del comportamiento alimentario.
- Ausencia de patología orgánica de tipo: cirrosis hepática, insuficiencia renal grave, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad cardíaca severa, patología oncológica incurable.
- Pacientes bien informados y motivados para llevar a cabo los cambios de estilo de vida que se requieren para el éxito de la intervención.
- En mujeres en edad fértil, compromiso por parte de la paciente de adoptar las medidas anticonceptivas que se consideren más adecuadas en cada caso, para evitar embarazo durante un período de dos años tras la cirugía.
- En los Hospitales sin cirujano de referencia para cirugía bariátrica, sus equipos de endocrinología consensuarán con el cirujano de referencia la técnica quirúrgica, bien directamente o a través de los endocrinólogos del Hospital receptor.

INFORMACIÓN AL PACIENTE, VERBAL Y ESCRITA

Documento escrito con la información, que se entregará a cada paciente (Anexo II).

Este documento es meramente informativo. Recoge información del tipo:

- Riesgos de la obesidad y efecto positivo que la pérdida de peso puede conseguir, reduciendo estos riesgos.
- Resultados esperables.
- Posibles riesgos y efectos secundarios.
- Necesidad de seguir los controles periódicos postoperatorios que se le indiquen.

El consentimiento informado se entregará por parte de Cirugía.

ESTUDIO PREOPERATORIO: Una vez seleccionado del paciente, se procederá a realizar la valoración de su situación clínica y a solicitar las exploraciones complementarias necesarias :

- Valoración clínica:
 - Situación clínica.
 - Parámetros antropométricos: talla, peso, IMC (índice de masa corporal), circunferencia de cintura.
 - Exploración general.
 - Hábitos alimentarios.
 - Identificación de patologías secundarias y asociadas a la obesidad, y de posibles factores de riesgo cardiovascular.
- Exploraciones complementarias:
 - Análítica general: hemograma, proteínas totales, albúmina, transferrina, prealbúmina, estudio de coagulación, glucemia, iones, función renal, urato, pruebas hepáticas, Ca, P, Mg, Zn, Fe y ferritina, Cu, perfil lipídico, vitamina B12, ácido fólico, vitamina A y E, calcidiol,
 - TSH.
 - PTHi.
 - Análisis de composición corporal (opcional).
 - Gastroscopia. (opcional a criterio del cirujano en función de técnica quirúrgica).
 - Ecografía abdominal.
 - Ecocardiograma (opcional).
 - Pruebas respiratorias y gasometría.
 - Evaluación por neumología (opcional).
 - Valoración obligatoria por Psiquiatría con informe escrito
 - Densitometría ósea.
- Sesión clínica conjunta, multidisciplinaria.
- Educación nutricional prequirúrgica

-Consentimiento informado de Cirugía y Anestesia (Anexos III y IV, son solo ejemplos ya que cada Servicio de Cirugía y/o Anestesia puede confeccionar los suyos y validarlos en su Comité de Etica Asistencial).

-Se adjunta el Anexo V (compromiso terapéutico por parte del paciente) que se recomienda su uso con el objetivo de aumentar la motivación del paciente.

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

- Periodicidad: 1º mes, 3º mes, 6º mes, 9º mes y 12º mes.
Posteriormente, cada 6-12 meses hasta que la evolución clínica lo aconseje.
- En cada revisión se realizará:
 - Valoración de situación clínica; estado general, tolerancia alimentaria, clínica digestiva, situación psicológica, evolución de patologías secundarias y asociadas a la obesidad y de factores de riesgo cardiovascular.
 - Exploración general.
 - Parámetros antropométricos.
 - Encuesta alimentaria.
 - Exploraciones complementarias:
 - Analítica general (igual a la realizada en preoperatorio): hemograma, proteínas totales, albúmina, transferrina, prealbúmina, estudio de coagulación, glucemia, iones, función renal, urato, pruebas hepáticas, , Ca, , P, Mg, Zn, Fe y ferritina, Cu, perfil lipídico, vitamina B12, ácido fólico, vitamina A y E, calcidiol, PTHi.
 - Análisis de composición corporal (opcional).
 - Asesoramiento nutricional.
 - Programa de ejercicio.
- Además se realizarán:
 - Densitometría al año.
 - Valoración por neumología y estudio polisomnográfico, según evolución clínica.
 - Valoración psiquiátrica, según evolución clínica.
 - Derivación a cirugía plástica, según criterio clínico (tras el segundo año, un año con peso estable).

ANEXO I

HOJA DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ENDOCRINOLOGIA PARA VALORACIÓN DE POSIBLES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Apellidos: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ N° de S.S. ____ / _____ Edad: _____

Talla/Peso: _____ m / _____ Kg Índice de Masa Corporal (IMC): _____

Rodear con un círculo:

Drogadicción	Si	No	Cirrosis hepática	Si	No
Psicosis	Si	No	Insuficiencia Renal grave	Si	No
Elitismo activo	Si	No	E. inflamatoria intestinal	Si	No
Retraso mental	Si	No	Enfermedad cardíaca severa	Si	No
T.C.A.	SI	No			

Médico:

Fecha:

Firma

ANEXO II

INFORMACIÓN AL PACIENTE CANDIDATO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

ESTIMADO PACIENTE:

Su médico le ha informado que padece una obesidad mórbida y ha considerado que el tratamiento más adecuado para su enfermedad es la intervención quirúrgica, lo que se conoce como cirugía bariátrica o cirugía de la obesidad. Su obesidad es una enfermedad crónica que no se cura mediante la cirugía, pero sí se controla puesto que la intervención es un medio de facilitar que usted pueda variar sus hábitos alimentarios y seguir un tipo de alimentación adecuado a sus necesidades y que permite ya pérdida de peso necesaria para mejorar su salud. Debe usted saber que no se trata de una cirugía estética, sino de un procedimiento encaminado a prevenir o mejorar las complicaciones médicas que pueda ocasionar su obesidad a través de una pérdida de peso suficiente.

La cirugía de la obesidad no está indicada en todos los pacientes obesos. En principio, para ser candidato a esta cirugía el paciente debe de cumplir algunos requisitos como:

- Pacientes obesos de alto riesgo: Obesidad mórbida u obesidad severa asociada a complicaciones.
- Pacientes bien informados y motivados y con riesgo quirúrgico/anestésico aceptable.
- Ausencia de contraindicaciones médicas o psiquiátricas que contraindiquen la intervención.
- Comprometerse a seguir un control postoperatorio en las consultas de los Servicios de Endocrinología y Nutrición y Cirugía.

La cirugía de la obesidad está considerada como cirugía mayor. Esto quiere decir que, dependiendo de la situación clínica del paciente y de las técnicas empleadas, pueden aparecer complicaciones graves hasta en un 10% de los casos y el riesgo de muerte es 1-2%.

Si es usted mujer, se desaconseja el embarazo durante los dos primeros años tras la cirugía, puesto que la malabsorción producida durante este periodo puede representar un riesgo para el feto.

Para asegurar las posibilidades de éxito y disminuir las posibles complicaciones, debe usted acudir a las consultas de su cirujano y endocrinólogo tal y como se le indique, y seguir adecuadamente el tratamiento que se le prescriba. Aunque usted se encuentre bien tras la intervención, necesitará tomar suplementos de vitaminas y minerales para prevenir complicaciones.

A continuación, trataremos de responder a algunas preguntas que usted puede estarse planteando, pero no dude en preguntar a su endocrinólogo/cirujano si necesita alguna otra aclaración.

1. ¿QUÉ PODRÉ COMER DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

Los primeros 3-4 días no podrá tomar nada por boca. Posteriormente el endocrinólogo le explicará cómo y a ser su dieta habitual. Como ya se ha explicado, la cirugía es un medio que le permite hacer una dieta equilibrada y adecuada a sus necesidades, no una manera de comer lo que quiera sin engordar. Hay que recordar siempre que no solamente se debe de comer *POCO*, sino que se debe comer *LENTAMENTE Y MASTICANDO* muy bien todo lo que se ingiere.

2. ¿NECESITARÉ COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS?

Por lo menos necesitará un suplemento de vitaminas, que le será prescrito al alta y posteriormente cualquier déficit nutricional será detectado y corregido por su endocrinólogo.

3. ¿CUANDO PODRÉ VOLVER A TRABAJAR Y REALIZAR MIS ACTIVIDADES NORMALES?

En general si su trabajo es sedentario, podrá volver a trabajar *en* un mes tras la intervención. No deberá conducir hasta por lo menos dos semanas después del alta hospitalario. Durante las primeras dos o tres semanas, podrá hacer pequeñas labores domésticas sin esfuerzos. La actividad sexual se podrá reanudar aproximadamente a las cuatro semanas tras la operación.

4. ¿QUE TIPO DE EJERCICIO FÍSICO PODRÉ HACER?

Inicialmente pasear es el mejor ejercicio y podrá hacerlo desde los primeros días. Después podrá progresivamente hacer otro tipo de ejercicios, manteniendo el plazo de dos meses antes de pasar a levantamiento de pesos y ejercicios fuertes. Más adelante, el límite lo darán sus propias posibilidades y la respuesta cardiopulmonar. En cualquier caso, un plan de ejercicios de rehabilitación no solo es posible, sino que es muy efectivo en la recuperación de un peso más cercano al ideal.

5. ¿DEBERÉ SEGUIR CONTROLES TRAS LA INTERVENCIÓN?

Se realizarán controles periódicos dependiendo de su evolución clínica. En muchas de estas visitas será necesario hacer controles mediante análisis. La evolución será controlada por el endocrinólogo y el cirujano.

ANEXO III

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Nº Historia: _____ **(Servicio de Cirugía General)**

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D. /Dña.: me ha explicado que 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 convencionales y que me producen las complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

- 2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de Anestesia y de Hematología.
- 3.- Mediante este procedimiento se va a reducir la capacidad de mi estómago, o desviar el alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho, una disminución en la absorción de nutrientes, o ambas cosas.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que son poco graves y frecuentes (infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, retención aguda de orina, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación), o poco frecuentes y graves (infección o sangrado intraabdominal, fístulas intestinales por fallo en la cicatrización de las suturas, alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos, déficit nutricional, pérdida excesiva de peso, estrechez de las anastomosis, fallo del procedimiento con no reducción del peso). El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una re-intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.
- 5.- El médico me ha indicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como ¿...?, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

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 vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como _____

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

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.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO:

Que se me realice un tratamiento quirúrgico de la OBESIDAD.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
Familiar o allegado

REVOCACIÓN

D./Dña.: _____ de _____ años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

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 _____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
Familiar o allegado

ANEXO IV

SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA EN LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

Datos del paciente:

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nº de historia clínica: _____

MÉDICO QUE INFORMA / Dr. _____ Col nº _____

A.- INFORMACION GENERAL

En virtud de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley 8/2003, de 8 de abril de Castilla y León sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, el Servicio de Anestesiología y Reanimación solicita su consentimiento para aplicarle anestesia general y/o regional, durante la intervención quirúrgica y procedimientos invasivos a los cuales va usted a ser sometido para la recuperación de su salud. Es obligación informar de:

- Los fines de la anestesia son evitar el dolor y las reacciones del organismo como consecuencia de la intervención.
- La anestesia consiste en la administración intravenosa, inhaladora y/o regional de medicamentos que anulan el dolor, generalmente acompañados de otros fármacos que, o bien, potencian su acción o la complementan.
- Todo acto anestésico siempre conlleva un riesgo asumible que justifica su uso pero también es evidente que es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves e incluso la muerte.
- Se estima que la *mortalidad* por causas anestésicas en pacientes no obesos y sin enfermedades asociadas es de *5 por cada 100.000 intervenciones*. En pacientes con obesidad mórbida, y dadas las implicaciones cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, locomotoras y de manejo de la vía aérea, se estima que la mortalidad es doce veces mayor que en pacientes no obesos, independientemente del buen hacer profesional del anestesiólogo.

- **Anestesia General.** El paciente por el efecto de los fármacos anestésicos estar dormido, analgesiado, relajado y conectado a una máquina para respirar (respirador) durante la intervención. El respirador le administrará el oxígeno y gases anestésicos a los pulmones por medio de un tubo que se introduce por boca o nariz y que llega hasta la tráquea. Además de precisar canalización de una vena para la Administración de los sueros y medicamentos necesarios, puede ser necesario, según situación clínica, otros accesos vasculares invasivos para un mejor control clínico intraoperatorios.
- **Anestesia epidural.** Es una técnica médica para controlar el dolor que acompañaría al acto quirúrgico. Consiste en administrar anestésicos locales en el canal medular, a través de un catéter que previamente colocaremos en el espacio epidural. En la cirugía de la obesidad la analgesia epidural se combina con la anestesia general, para reducir la dosis de fármacos intravenosos y proporcionar analgesia adecuada en el postoperatorio. En la obesidad mórbida, con frecuencia la colocación del catéter epidural puede presentar tal complejidad técnica que lo haga imposible.
- Tras la intervención el paciente será trasladado a la UNIDAD de REANIMACIÓN POSTQUIRÚGICA para el control postoperatorio.
- El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo este proceso de principio a fin y tratar las complicaciones que puedan surgir.

B.- RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA

- Independientemente de los riesgos y complicaciones propios de la intervención quirúrgica, la anestesia, en general, conlleva riesgos adicionales distintos a los de la intervención quirúrgica.
- Algunos pacientes, después de la anestesia general, presentan molestias pasajeras como náuseas, vómitos, dolor de garganta, ronquera y dolores musculares.
- A veces, la colocación del tubo (por boca o nariz) puede ser dificultosa y se pueden dañar piezas dentarias y/o producirse, excepcionalmente, lesiones en cuerdas vocales, tráquea o esófago. En algunas ocasiones, ante la imposibilidad de colocación del tubo (intubación fallida) puede ser necesario posponer la intervención. La intubación fallida puede ser causa de complicaciones muy graves, de traqueotomía de urgencia e incluso causa de muerte.
- La administración de sueros, hemoderivados y medicación pueden producir reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden ser graves pero tienen carácter extraordinario y no justifican la realización de pruebas previas.
- Posibilidad de paso de vómito a pulmón (broncoaspiración) durante la anestesia, siendo esta una situación muy grave que puede ocasionar la muerte, por ello, es necesario guardar un ayuno absoluto de al menos 6 horas antes de la intervención. La medicación oral que pueda estar tomando el paciente, si es necesario no interrumpirla, se tomará con el mínimo de agua posible.
- Existencia de enfermedades no filiadas o no conocidas en las que el acto anestésico puede ponerlas de manifiesto y dar lugar a complicaciones muy graves como son el caso de porfirias, hipertermia maligna, cardiopatías, diabetes, hipertiroidismo, feocromocitoma, etc.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA EPIDURAL

- Tras la administración de anestésicos locales pueden surgir molestias en el lugar de punción, cefaleas, calambres, hormigueos, mareos que suelen ser autolimitados.
- En raras ocasiones, puede producirse inyección inadvertida de anestésico local en un vaso sanguíneo que conlleva a una sensación de malestar e incluso convulsiones y colapso cardiovascular.
- Infección localizada en zona de punción que puede generalizarse de forma excepcional.
- Lesiones neurológicas inmediatas o tardías que, si bien, son poco frecuentes y se resuelven de forma espontánea, algunas podrían requerir tratamientos especiales. En casos excepcionales algunas de estas complicaciones podrían dejar secuelas neurológicas irreversibles.
- Lesión de estructuras anatómicas propinas al lugar de punción.

D. - RIESGOS PERSONALIZADOS

- La obesidad predispone al desarrollo de patología asociada, aumentando por ello la frecuencia y la gravedad de riesgos y complicaciones como:
 - Mayor dificultad en la intubación.
 - 1. Mayor frecuencia de broncoaspiración
 - 2. Mayor incidencia de problemas respiratorios graves durante la intervención y en el postoperatorio, pudiendo necesitar ventilación mecánica prolongada.
 - 3. Mayor frecuencia de problemas cardiovasculares, como muerte súbita, hipotensión arterial, cardiopatía isquémica, trombo embolismo pulmonar, hipertensión pulmonar y cor pulmonale, arritmias graves, etc.
 - 4. Alteraciones endocrinas, diabetes mellitus, enfermedad de Cushing, hipotiroidismo, etc.
 - Riesgos personalizados _____
 - ASA: _____

E. – CONTRAINDICACIONES

- La contraindicación de la anestesia vendrá determinada por el estado de salud del paciente en el momento de la intervención.

F. - ALTERNATIVAS

- La única alternativa, si usted no quiere ser anestesiado, es no someterse a tales procedimientos.
- Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no dude en preguntar al especialista responsable.

G. – DECLARO

- Que he sido informado por el anesestesiólogo de los riesgos de la anestesia, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER ANESTESIADO

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Paciente

Firma del Médico

DNI: _____

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente)

D/Dña DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma:

H.- RENUNCIA A LA INFORMACIÓN

- El paciente manifiesta expresamente y de forma libre y consciente su deseo de no ser informado, dando su consentimiento para el procedimiento anestésico.

Firma del Paciente

Firma del Médico

DNI: _____

I.- DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

- 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 para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del paciente o representante legal

Firma del Médico

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

G.- DECLARO:

- Que he sido informado por el anestesiólogo de los riesgos de la anestesia, que me han explicado las posibles alternativas y que se que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER ANESTESIADO

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del Médico

DNI: _____

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente)

D/Dña _____ DNI _____

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): _____

Firma:

H- RENUNCIA A LA INFORMACIÓN:

- El paciente manifiesta expresamente y de forma libre y consciente su deseo de no ser informado, dando su consentimiento para el procedimiento anestésico.

Firma del paciente

Firma del Médico

DNI: _____

I.- DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

- 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 para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del paciente o representante legal

Firma del Médico

DNI: _____

EJEMPLAR PARA LA HISTORIA CLÍNICA

ANEXO V

DOCUMENTO DE COMPROMISO TERAPEUTICO

- ❖ La obesidad es una enfermedad crónica que se asocia a importantes problemas de salud como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, etc.
- ❖ La cirugía de la obesidad (cirugía bariátrica) está indicada en personas que, como usted, padecen una obesidad grave y/o que se asocia a complicaciones que ponen en peligro su vida.
- ❖ Usted ha decidido, junto con el equipo que le atiende, someterse a una operación para tratar su enfermedad, que le ayudará a perder peso y mejorar su calidad de vida.
- ❖ No se trata de una cirugía estética. La cirugía bariátrica tiene una mortalidad del 1 al 2%. Además, pueden aparecer complicaciones como infecciones de la herida, eventraciones, fugas, etc. hasta en el 10% de los casos.
- ❖ En general, tras la cirugía se pierde alrededor del 60-70% de su exceso de peso. Pero la pérdida de peso es variable y depende de varios factores, entre los que la colaboración del paciente con el plan de tratamiento (dieta, suplementos de vitaminas y minerales, cambios en hábitos de vida) es fundamental.
- ❖ Disminuir al máximo el riesgo de la cirugía y mejorar los resultados a largo plazo está en sus manos. Por supuesto, con la ayuda y colaboración del equipo que le atiende. Para ello hemos puesto en marcha un protocolo de seguimiento pre y post-quirúrgico. Si está dispuesto a comenzar con el tratamiento, firme el siguiente compromiso terapéutico
- ❖ Si es usted mujer, se desaconseja el embarazo durante los dos primeros años tras la cirugía, puesto que la malabsorción producida durante este periodo puede representar un riesgo para el feto y empeorar la pérdida de peso de la paciente.

COMPROMISO TERAPÉUTICO PRE-CIRUGÍA BARIÁTRICA

Yo, D./Dña: _____

me comprometo con el equipo médico que me atiende a:

- Asistir a las revisiones programadas. En el caso de fallar sin justificación a dos revisiones, se me excluirá del protocolo de tratamiento.
- Mantener, al menos, mi peso inicial durante el tiempo de espera hasta la cirugía. En el caso de que a lo largo del seguimiento exista un aumento del peso se me excluirá del protocolo de tratamiento.
- Seguir las indicaciones de tratamiento del equipo de la Unidad de Obesidad de Alto Riesgo, tanto en lo referente a la medicación y suplementos como a los cambios en dieta y ejercicio
- Tomar las medidas necesarias para evitar un embarazo durante los primeros dos años, sabiendo que puede representar un riesgo para el feto.

Firma del Médico que informa

Firma del Paciente

En _____ a _____ de _____ de _____