Clínica de la Obesidad
www.clinicadelaobesidad.org

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

RESUMEN DE EVOLUCIÓN

Paciente : **ALEXANDER . MARIN LARRAHONDO (Id: 7702874)**
Nacido el : **1976.Oct.25** Sexo : **Masculino** Talla : **177 cm**

Edad : 45 Años

2021.Nov.02
EXAMEN FISICO:

PA: 0/0 mmHg **PULSO:** 0

Fecha	Peso (Kg)	IMC (Kg/m^{2})
2021.Nov.02	70	22

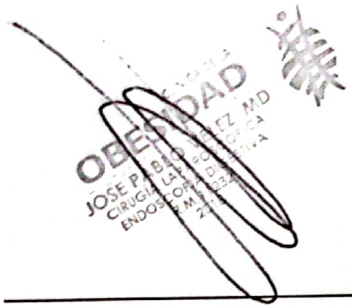
EVOLUCIÓN: (JOSE PABLO VELEZ L., MD.)

- Evalulado inicialmente en el 2013, con obesidad severa, Imc de 37, apnea del sueño, dislipidemia y reflujo. Tuvo cirugia de sleeve gástrico en FCVL, Dra Dorado en Octubre de 2013. Peso inicial de 115kg, cirugia sin complicaciones. Bajó hasta 92 kg. Tuvo reganancia de peso y recurrenccia de apnea, subio hasta 121 kg, mas que el peso inicial. En el 2017 cirugía de revisión, corrigen torsion de la manga, con mala tolerancia a la via oral y vómito, perdida de peso, le reintervienen a los 20 días y convierten a Bypass gástrico, con asa biliar de 50 cm y alimentaria de 70 cm. posteriormente presenta diarrea y sindrome de malabsorción severo, con deterioro de niveles de albúmina, ha requerido alimentación parenteral. Presenta múltiples deposiciones al dia, en ocasiones 3-4 veces en el dia. Deposiciones mútliples durante el día. Con descenso de albumina, en el momento con 3.32 de albumina, Elevación moderada de transaminasas, vitamina D en 14. Diagnóstico de VIH desde 2014, tomando antiretrovirales. Tuvo colecistectomía en la segunda cirugía, sin embargo no tuvo diarrea en este momento sino al momento del Bypass gástrico.
- Tiene tránsito intestinal que muestra llegada de contraste a ileon a los 90 minutos. Llama la atención que el paciente refiere que va al baño 15-30 mintuos despues de comer, con episodio de diarrea importante.
- Plan - Cuadro altamente sugestivo de cuadro de malabsorción, similar a lo observado en procedimientos de derivación biliopancreatica o bypass muy distal. No es claro si este es el caso en este paciente.
- Se ordena tramiento antibiótico con Ciprofloxacina por una semana. El paciente presenta sindrome de malabasorción severa inmediatamente después de su bypass gástrico, lo que es altamente sugestivo de un bypass muy distal. Requiere laparoscopia diagnóstica y posible reconstruccion de su bypass gástrico de manera prioritaria.
- SE dan instrucciones y se expide orden para cirugia.

Atentamente,

Escaneado con CamScanner

RESUMEN DE EVOLUCIÓN



JOSE PABLO VELEZ L., MD.
Clínica de la Obesidad
Cirugía Bariátrica por Laparoscopia

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SOLICITUD DE LA CLÍNICA IMBANACO Y EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE PARA EL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL PROCEDIMIENTO DE LAPAROSCOPIA DIAGNÓTICA Y REVISIÓN BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA, CON REALIACIÓN DE BYPASS GÁSTRICO CONVENCIONAL EN Y DE ROUX, O DE UNA ANASTOMOSIS TIPO BAGUA PARA EL MANEJO DE LA OBESIDAD

En cumplimiento de la ley 23 de 1981 en sus artículos 10 y 15, la Clínica y el Doctor **JOSE PABLO VELEZ LONDOÑO**, en calidad de especialista en Cirugía General y Cirugía Laparoscópica Avanzada, médicos ayudantes y asistentes técnicos y otro personal médico que se considere necesario, solicitan al Señor(a) Alexander Marin Zarrabaldo otorgamiento del consentimiento informado para la realización de laparoscopia diagnóstica y posible conversión a cirugia de bypass gástrico (convencional o tipo Bagua -Bypass gástrico de una anastomosis) por laparoscopia.

Este último declara: Que en pleno y normal uso de mis facultades mentales tengo conocimiento a través de diagnóstico médico que padezco actualmente de obesidad. He sido informado de ella y sus riesgos, los cuales pueden incluir aparición, empeoramiento ó dificultad para el tratamiento de enfermedades asociadas a esta condición como son: hipertensión, diabetes, trastornos del aparato locomotor, trastornos respiratorios y del sueño, entre otros.

Ante lo anterior, por mi **propia voluntad**, he acudido al Doctor JOSE PABLO VELEZ L, MD., su personal asociado, asistentes técnicos y otro personal médico que él considere necesario, para que traten mi problema de **obesidad y he decidido** que se me practique el procedimiento consistente en la realización del **procedimiento de LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA, REVISIÓN DE BYPASS GÁSTRICO Y CONVERSIÓN A BYPASS GASTRICO POR LAPAROSCOPIA EN Y DE ROUX, CONVENCIONAL O DE UNA ANASTOMOSIS TIPO BAGUA - .** Se hara revisión por laparoscopia para determinar la causa de su síndrome de malabsorción severo, corrigiendo una cirugia malabsortiva severa si se considera adecuado.

Se me ha explicado por el médico tratante, entiendo y acepto:

1. Que este procedimiento consiste en grapar y cortar el estómago, conectando el intestino delgado a éste con el fin de que se reduzca tanto la capacidad para recibir alimentos como su absorción por el intestino.
2. Que la realización de este **BYPASS GASTRICO** puede causar molestias como náuseas, vómito, dolor abdominal e intolerancia a algunos alimentos, principalmente durante los primeros días después de realizado. Además, implica riesgos como filtración del contenido intestinal en las líneas de sutura y estrechez en los sitios de unión del intestino con el estómago, lo cual puede requerir de procedimientos adicionales para su solución, incluyendo cirugías adicionales que pueden ser tanto laparoscópicas como abiertas. Que es posible que requiera ser hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos para mi atención en los primeros días posteriores a la cirugía.
3. Que recibiré medicaciones para el control de estos síntomas mientras mi organismo se acostumbra a la nueva configuración de mi estómago e intestino.

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

6. Que existe la posibilidad de que una vez iniciado el procedimiento y por razones de cualquier índole, sea necesario cambiar el plan quirúrgico y tomar la decisión de no realizar el procedimiento planeado de BYPASS GÁSTRICO, suspendiendo la realización de una cirugía bariátrica o haciendo un cambio en el procedimiento bariátrico a realizar, pudiendo ser considerado indicado y necesario hacer otra cirugía como un sleeve gástrico, un switch duodenal u otro procedimiento que el cirujano considere como una opción conveniente o necesaria.

Se me ha explicado y entiendo, que después de la cirugía de bypass gástrico, debo tomar algunos medicamentos **en forma permanente** para evitar problemas de malnutrición y anemia, entre otros. Entre estos medicamentos se incluyen vitaminas, hierro y calcio.
Entiendo que de no tomar estos medicamentos yo asumo los riesgos de enfermedades causadas por su deficiencia.

Autorizo que los datos de mi historia clínica sean utilizados como documento de referencia para estudios de investigación, teniendo en cuenta las buenas prácticas clínicas y que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi historia clínica, omitiendo mi nombre e identificación. Autorizo, de requerirse, se anexen a mi historia clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. Autorizo que las fotografías obtenidas puedan ser utilizadas con fines académicos científicos y de investigación , y que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi historia clínica, omitiendo mi nombre e identificación.

En constancia firmo a los _____ días del mes de _____ de _____.

PACIENTE: Alexander Marin L. CC.: 7702874

TESTIGO: _____ CC: _____

CLINICA DE LA OBESIDAD
JOSE PABLO VELEZ, MD
Cirugía Laparoscopica
Endoscopia Digestiva
R.M.11232

MEDICO: ___JOSE PABLO VELEZ LONDOÑO__ CC: __70.562.001_ RM.__11232-90_

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

4. Que no se me ha garantizado el resultado ni la cantidad de peso que perderé con este procedimiento, es un resultado que depende del cuidado que yo tenga al seguir las recomendaciones de dieta y de los cambios que efectúe en mis hábitos de vida, entre otros.
5. Que este procedimiento no es de carácter estético sino de ayuda a mi problema orgánico de salud.
6. Que el **BYPASS GÁSTRICO** es un procedimiento considerado permanente.
7. Asumo los costos del procedimiento y complicaciones
8. Que puede suceder que mi cuadro de diarrea crónica no sea debido a una malabsorción por la corrección quirúrgica sino por otro tipo de problema y en este caso entiendo y acepto que mi cuadro de diarrea y malabsorción puede no mejorar ni cambiar con respecto a lo que presento en el momento.

RIESGOS: Se me ha explicado por el médico tratante, entiendo y acepto:

1. Que pueden existir riesgos en mi condición sin tratamiento, como también existen riesgos en la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos que consideran realizar y estos riesgos pueden ser: Infecciones, coágulos de sangre en venas o pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas y muerte, entre otras posibles complicaciones y los anteriormente mencionados. Pueden presentarse también problemas nutricionales como deficiencias de vitaminas, calcio y otros nutrientes. En pocas ocasiones estos problemas nutricionales pueden incluir malnutrición o desnutrición que requiera soporte nutricional especial o inclusive reoperaciones o nuevas intervenciones quirúrgicas para mejorar la absorción de nutrientes. También puede presentarse intolerancia a algunos grupos de alimentos, síntomas de reflujo severo o diarrea severa que requiera del uso de medicamentos o reintervenciones en pocos casos.
2. Que la anestesia y la sedación presentan riesgos, pero solicito el uso de anestésicos o sedantes para el alivio y la protección contra el dolor durante los procedimientos planeados o adicionales; la anestesia puede ser cambiada sin que se me explique el cambio en el momento del procedimiento.
3. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condición, otras formas de tratamiento, los riesgos posibles sin tratamiento, los procedimientos que se harán y sus riesgos, los cuales asumo y creo tener la información clara y necesaria por parte del médico tratante y la información escrita para pacientes acerca de este procedimiento. Por lo tanto otorgo este consentimiento aceptando que los actos médicos son de obligación de medio y no de resultado. Yo certifico que se me ha explicado este formulario, que lo he leído y entiendo plenamente su contenido. Por lo anterior declaro que después de leer todo lo anterior y conocer los riesgos del procedimiento, solicito me sea realizado un **BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL O TIPO BAGUA – tambien llamado BYPASS GASTRICO DE UNA ANASTOMOSIS**.
4. Que durante la realización del bypass gástrico por laparoscopia pueden presentarse situaciones que hagan necesario la conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta, y que esta decisión la debe tomar el médico tratante durante el procedimiento.
5. Que el Bypass gástrico es considerado un buen procedimiento para el manejo y tratamiento del reflujo gastroesofágico. Aun así, existe la posibilidad de que persistan o recurran algunos síntomas de este que pueden requerir de tratamientos adicionales, o procedimientos adicionales en cualquier momento, incluyendo cirugía.

Escaneado con CamScanner