

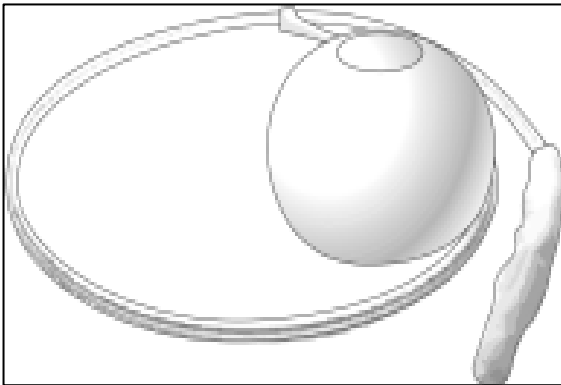
Consentimiento Informado para la colocación del Balón Intragástrico

Consentimiento informado:

La colocación de un balón intragástrico es una técnica endoscópica que tiene como objetivo el tratamiento de la obesidad. Esta hoja pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerla tiene alguna duda, coméntela con su médico.

¿En qué consiste la colocación de un balón intragástrico?

- La obesidad tiene un origen multifactorial que permite que su tratamiento incluya una vertiente médica, quirúrgica y también endoscópica, como la colocación de un balón intragástrico.
- Esta técnica consiste en la colocación de un balón que se hincha una vez situado dentro del estómago, con el fin de aumentar la sensación de saciedad y disminuir la ingesta de alimentos. Antes

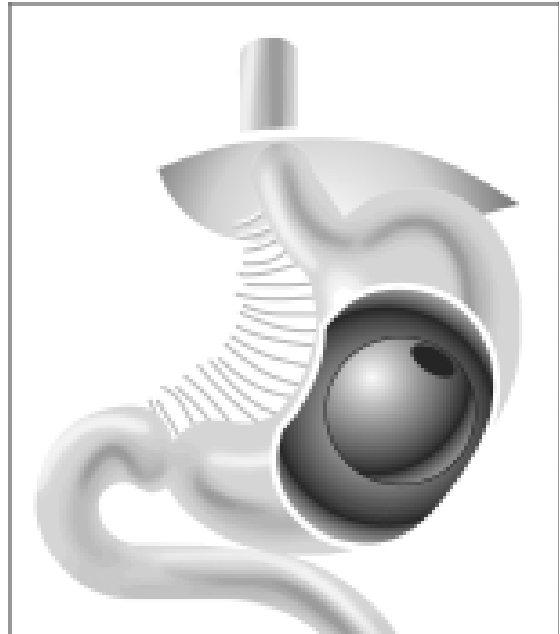


de la prueba, se le administra un anestésico local para adormecer la boca y la garganta. Se colocará una boquilla para proteger la dentadura.

- Posteriormente el médico le introducirá el endoscopio a través de la boca y procederá a realizar la prueba. Tanto para la colocación del balón como para su extracción puede ser recomendable o necesaria la sedación o incluso la anestesia general con intubación de la vía aérea.
- A los seis meses de su colocación, también por vía endoscópica, el balón se punciona, se deshincha y es extrae a través de la boca.

¿Qué complicaciones son posibles?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, infección, aspiración bronquial hipotensión, hemorragia, perforación y distensión abdominal, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.



También pueden aparecer riesgos secundarios al tener el balón en la cavidad gástrica durante un máximo de 6 meses, como son dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, úlceras, hemorragias digestivas, perforación, obstrucción intestinal, aspiración bronquial y parada respiratoria.

Riesgos Especiales

Es absolutamente imprescindible que usted nos avise de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (**infartos, valvulopatías, asma,...**), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (**aspirina, anticoagulantes u otras**), **enfermedades infecciosas como hepatitis** o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por su situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como)

Preguntas importantes

Conteste estas preguntas para predecir en la medida de lo posible riesgos especiales que usted pueda presentar.

1. ¿Tiende usted a **sangrar con facilidad**? (p.ej. frecuentes hemorragias nasales, tendencia a presentar hematomas en la piel con pequeñas golpes) Sí No
2. ¿Toma usted **medicamentos** para la coagulación? (p.ej. Sintrom, Aspirina, Adiro, Tiklid, Iscover, Plavix) Sí No
3. ¿Presenta usted algún tipo de **alergia**? (p.ej. asma, alergia a medicamentos, al esparadrapo, a alimentos) Sí No
¿Cuál? _____



- 4. ¿Tiene alguna enfermedad del **corazón**, **lleva marcapasos**, de los **bronquios** o los **pulmones**? (p.ej. infarto, hipertensión, bronquitis, asma) Sí No
- 5. ¿Cuál? _____
- 6. ¿Sufre de alguna **enfermedad infecciosa** aguda o crónica? (p.ej. hepatitis, SIDA) o de alguna otra enfermedad importante (p.ej. epilepsia, glaucoma) Sí No
- 7. ¿Cuál? _____
- 7. ¿Ha sido previamente **operado** del estómago o de algún otro órgano abdominal o pélvico? Sí No

Otra información importante

Su médico le ha de haber explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos para el tratamiento de su problema de salud. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido.

Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación. No se le puede garantizar que se puedan conseguir los objetivos terapéuticos previstos y la pérdida de peso dependerá de la dieta y las calorías consumidas por el paciente.

Etiqueta Paciente

Sr. /Sra. _____ como paciente

*Representante legal, por incapacidad del paciente debido a _____

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad con D.N.I. _____ y

Domicilio en _____ . En calidad de (parentesco): _____

Declaro:

Que he sido debidamente informado/a por **mi médico**, y que he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas con el **Dr. David Martínez Ares**, que es necesario que se me efectúe una **ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA**. Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas (Anexo), sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, beneficios, riesgo, alternativas y medios con los que cuenta el Hospital.

Manifiesto.

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

Y tras el adecuado periodo de reflexión **CONSIENTO** a que se me realice el citado procedimiento.
Firma del paciente o representante legal*

Y tras el adecuado periodo de reflexión **NO CONSIENTO** a que se me realice el citado procedimiento.
Firma del paciente o representante legal*

En Vigo a _____ de _____ de 200 _

Firma del Médico

Dr. David Martínez Ares

REVOCACIÓN: con fecha de _____ revoco el consentimiento prestado y **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento, que doy por finalizado.