

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRADA ENDOSCÓPICA DE BALÓN INTRAGÁSTRICO

Don / Doña
con DNI / NIE / Pasaporte de años de edad.

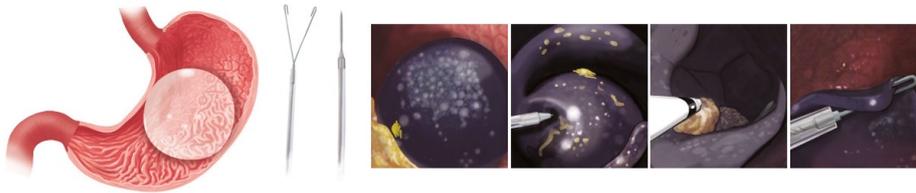
DECLARO

Que se me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a la realización del procedimiento endoscópico de RETIRADA DE BALÓN INTRAGÁSTRICO. El propósito principal de la técnica es la retirada, por vía endoscópica, del balón intragástrico (BIG) que ha permanecido en mi estómago durante el tiempo indicado.

He sido informado que el procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, se realiza bajo sedación o anestesia general, de cuyos riesgos me informará el médico responsable de la misma.

El médico me ha explicado que la técnica consiste, en primer lugar, en la práctica de una gastroscopia para descartar restos alimentarios gástricos o cualquier lesión y/o enfermedad que contraindique el procedimiento de retirada de BIG. Con el paciente generalmente en decúbito lateral izquierdo o supino, se introduce oralmente y hasta el estómago un gastroscopio. Bajo control endoscópico, se punciona el balón y se aspira y vacía la totalidad de su contenido. Posteriormente, con el balón desinflado, se atrapa con una pinza específica, asa o similar y se extrae hasta cavidad oral. En ocasiones, puede ser necesaria la administración de algún relajante muscular (Buscapina® o similar) para que el balón pase con mayor facilidad a través de los esfínteres (musculaturas) esofágicos.



He sido informado de las alternativas existentes para la retirada del BIG, como por ejemplo algunas intervenciones radiológicas o quirúrgicas. El médico me ha informado de todas ellas de forma clara y ha respondido a todas las dudas que le he planteado sobre las mismas. También he sido informado y comprendo que, para la realización de la técnica de retirada del BIG, es necesaria una preparación previa y que deberé seguir estrictamente las indicaciones médicas que se me entreguen tras la misma. En este sentido, he sido informado que los días previos deberé seguir una dieta líquida para evitar restos alimentarios sólidos gástricos. Aunque generalmente tras la retirada del BIG no suele haber síntomas, durante las primeras horas puede haber cierta molestia en la región faríngea.

Comprendo que, a pesar de la adecuada técnica de retirada de BIG, pueden presentarse efectos indeseables. Los más frecuentes son molestias esofágicas o de garganta, náuseas, vómitos, dolor abdominal o flebitis. La retirada del BIG puede resultar más laboriosa según las características del balón, la existencia de un sobrecrecimiento bacteriano/fúngico en el balón o el desinflado/rotura del mismo durante su extracción. Otras complicaciones, muy poco frecuentes pero de mayor gravedad, pueden ser aspiración bronquial, desgarro o rotura esofágicas, hipotensión, reacción alérgica, pancreatitis, entre otros. Raramente, pero también pueden aparecer efectos adversos más graves, como arritmias, ACVA (accidente cerebrovascular agudo), parada cardíaca y depresión o parada respiratoria.

También he sido informado que puede aparecer imposibilidad técnica de puncionar o vaciar el balón, exceso de insuflación, desinflado precoz y/o rotura espontánea del balón. También traumatismos o desgarros a su paso por el esófago. Todo ello podría causar lesiones de las paredes del estómago o esófago, con formación de úlceras, hemorragias y perforaciones. A su vez, durante la retirada del BIG por el esófago podría ascender contenido líquido o alimentario por el esófago hasta la faringe, tráquea y pulmones, conocido como broncoaspiración. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamientos médicos (medicamentos y sueros). No obstante, pueden requerir aplazar la intervención endoscópica, ingreso hospitalario y/o la necesidad quirúrgica, generalmente de urgencia, y que todo ello conlleva un pequeño riesgo de mortalidad. En casos muy excepcionales, la retirada de un balón del estómago puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, posibles alergias (medicamentosas, alimentarias, ambientales, o cualquier otro tipo de alergia), alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades infecciosas, cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis o marcapasos. También medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los antiagregantes (como Adiro®, Clopidogrel®, o cualquier otro antiagregante de plaquetas) y los anticoagulantes (como Sintrom®, Aldocumar®, u otros anticoagulantes), radioterapia o cirugías mayores abdomino-pélvicas, ingesta de antiinflamatorios no corticoideos (AINEs) como ibuprofeno o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica del procedimiento.

He comunicado otras enfermedades o riesgos, teniendo en cuenta mis circunstancias personales, debido a que padezco:

.....

Entiendo y asumo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, tras la retirada de BIG puede volver a aparecer ganancia de peso. Tras la retirada, seguiré con las medidas de apoyo para alcanzar el mejor resultado posible (dietético, nutricional y psicológico), y aun así, en un porcentaje de pacientes, podría no conseguirse el resultado perseguido.

Autorizo al equipo médico a modificar la técnica endoscópica programada o a tomar decisiones urgentes en favor de mi salud si en el momento de la intervención surgiera algún imprevisto.

Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes, durante como después del procedimiento de retirada del balón intragástrico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, con un tiempo suficiente para realizar todas las observaciones y aclarar todas las dudas que se me han planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO

Que se me realice la **retirada o explantación endoscópica de balón intragástrico**.

En Madrid, a _____

Firmado:

El/la médico

Firmado:

El/la paciente o su representante

REVOCACIÓN

Don / Doña: de años de edad.

(Nombre y dos apellidos del paciente)

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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO