



## CONSENTIMIENTO INFORMADO COLOCACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

Para la colocación del Balón Intragástrico se realiza una endoscopia digestiva alta, donde se observa que no hay lesiones que contraindiquen su colocación, como gastritis erosiva aguda, úlceras del tubo digestivo, hernia de hiato importante, esofagitis, etc...

El médico que realiza la prueba tiene el derecho de decidir no colocar el Balón Intragástrico de acuerdo a la patología encontrada.

### ¿QUÉ ES UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?

La Endoscopia Digestiva Alta (Gastroscoopia) es una exploración que permite la observación detallada y completa del esófago, estómago y duodeno. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través de la boca, capaz de transportar luz e imagen, y se inyecta aire en el estómago para favorecer su visualización.

### ¿CÓMO DEBO PREPARARME?

La gastroscoopia requiere como preparación previa, únicamente que venga usted en ayunas, ya que, de haber comido algo la visualización de la mucosa es deficiente y el riesgo de aspiración bronquial es elevado, por lo que no se puede realizar la prueba.

Debe avisar e indicar al médico si tiene alguna alergia, o si padece de alguna enfermedad cardiopulmonar. También es necesario que nos notifique con anterioridad si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo: Sintrom®), antiagregantes (ej.: Aspirina®, Adiro®, Disgren®, Tiklid®, etc.) o antiinflamatorios (ej.: Voltaren®) o si es portador de una prótesis cardíaca.

### RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

- Al realizar la gastroscoopia se puede producir en forma excepcional, perforación, hemorragias, dolor abdominal, aspiración bronquial, alteraciones cardiorrespiratorias, que en algún caso puede requerir ingreso en la Clínica o incluso cirugía urgente.
- La colocación del balón intragástrico puede ocasionar náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso, que incluso pueden requerir la administración de medicación endovenosa o si el médico considera necesario ingreso en la Clínica.
- También puede ocurrir raramente complicaciones como oclusión intestinal, abdomen agudo quirúrgico.

El Balón Intragástrico se debe retirar a los 6 meses, durante este período se debe seguir el régimen de visitas, en coordinación con el médico de nuestro servicio que lo lleve.

A pesar de la realización adecuada de la técnica en un pequeño porcentaje de pacientes podría no conseguirse el resultado perseguido. Como finalidad del procedimiento es la pérdida de peso y la implicación y esfuerzo personal del paciente es fundamental, no es posible garantizar un resultado predecible. Sin embargo el procedimiento se acompaña de medidas de apoyo para alcanzar el mejor resultado posible (psicólogo, dietista/nutricionista).

### RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

Firma del paciente o representante:

---

## ALTERNATIVAS

El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

Sé que el otorgar este consentimiento informado no supone ningún tipo de renuncia a mis derechos médico-legales de todo orden, así como también puedo anularlo en cualquier momento previo a la prueba.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente o representante (**Nombre y Firma**)

Médico (**Nombre y Firma**)

\_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nº Col.: \_\_\_\_\_

## DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ después de ser informado/da de la naturaleza y los riesgos del procedimiento COLOCACIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO, manifiesto de forma libre y consciente mi

DENEGACIÓN      *Motivo:* \_\_\_\_\_

REVOCACIÓN

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente o Representante Legal (*Nombre y Firma*)

Médico (*Nombre y Firma*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Nº Col.: \_\_\_\_\_

### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

**Responsable del Tratamiento:** IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U con domicilio social en Calle Zurbarán, 28 – 28010 Madrid. **Datos de contacto DPO:** [DPO@quironsalud.es](mailto:DPO@quironsalud.es). **Finalidad del tratamiento:** asistencia sanitaria. **Destinatarios:** en su caso, entidad aseguradora del paciente. **Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, como se explica en la información adicional. **Procedencia:** propio interesado. **Información adicional:** <https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos>