

DIGESTIVO

BALÓN INTRAGÁSTRICO: COLOCACIÓN Y/O EXTRACCIÓN

1. **¿Qué es?:** Consiste en la colocación, a través del esófago, de un balón en el estómago, que se rellenará con suero salino. El objetivo es provocar sensación de llenado gástrico y así reducir su apetito para ayudar a perder peso, aunque ello dependerá de las calorías consumidas y de la modificación de la conducta alimentaria. El balón intragástrico se mantendrá en el estómago del paciente durante un periodo de tiempo que puede oscilar, y siempre a criterio médico, entre los 6 y 12 meses; posteriormente, el balón también, mediante técnica endoscópica, deberá ser vaciado y retirado.
2. **¿Cómo se realiza?:** La técnica se realiza bajo sedación profunda e incluso bajo anestesia general a criterio del médico anestesista. Estará en ayunas de 8 horas y tras 48 horas de dieta líquida. Inicialmente se practica una gastroscopia para descartar cualquier lesión y/o enfermedad que contraindique la colocación del balón. Posteriormente, se introduce oralmente y hasta el estómago un balón de silicona que, tras su colocación y bajo control endoscópico, se llena con suero fisiológico teñido con azul de metileno hasta alcanzar la distensión adecuada.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes:** Pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda endoscopia digestiva y de la sedación o anestesia realizadas, y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.). Además están los específicos del procedimiento, que son poco graves y frecuentes, como molestias y erosiones en boca y faringe por el paso del endoscopio y balón, dolor y distensión abdominal, ardor y regurgitaciones, náuseas y vómitos. El paciente seguirá unas pautas prescritas por su médico para minimizar estas molestias.
 - **Infrecuentes:** Poco frecuentes y graves: úlcera gástrica (1.5%), erosiones gástricas (0.3 %) y rotura del balón (2.4 %). En este caso usted lo detectará porque la orina adquiriría una coloración azul. Hay algún caso descrito de migración del balón y obstrucción intestinal. También son posibles las fistulas y las infecciones peritoneales si se produjera una perforación de estómago, aunque es una eventualidad muy improbable.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La colocación del balón provocará previsiblemente que una menor cantidad de alimento le provoque saciedad, para así reducir la ingesta calórica y conseguir la reducción ponderal.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La no realización del procedimiento hará que no se modifique la cantidad de alimento que provoca la saciedad, no obteniéndose los beneficios que se obtendrían con esta técnica.
6. **Alternativas:** Existen alternativas como la dieta hipocalórica estricta, intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad y/o otras técnicas endoscópicas de reciente aparición.
7. **Riesgos en función de su situación:** La situación del paciente en el momento de realizar la exploración, así como su patología de base (enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, etc.), serán fundamentales para que sea mayor o menor la posibilidad de presentar complicaciones. El médico intentará que la situación del paciente previa a la exploración sea la más estable posible.

Debe avisar al médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (fundamentalmente infarto de miocardio o angina reciente), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (en especial anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios) o embarazo/lactancia. Si padece de alguna enfermedad (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia) puede aumentar la frecuencia de complicaciones.

BALÓN INTRAGÁSTRICO: COLOCACIÓN Y/O EXTRACCIÓN

DECLARACION DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE				
APELLIDOS			NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO		
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
DATOS PROFESIONAL				
APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN	

DECLARO QUE:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento.
- He comprendido la información recibida.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por lo tanto (señale la opción deseada):

Autorizo la realización de este procedimiento **No autorizo** la realización de este procedimiento

_____, a _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada: _____ de _____ de _____

_____, a _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, a _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____