

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

Etiqueta del paciente

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA**

1.- La colangiopancreatografía retrograda endoscópica es una técnica endoscópica que pretende la **visualización endoscópico-radiológica de la vía biliar y pancreática con el fin de diagnosticar enfermedades de esta localización** (vía biliar, pancreática, vesícula e hígado). Según las lesiones diagnosticadas, puede requerir en el mismo momento de la exploración, la realización de alguna actuación terapéutica sobre la zona (esfinterotomía, dilataciones, colocación de prótesis...)

2.- El procedimiento, por indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias **puede hacer recomendable o necesaria la anestesia tópica, la sedación y/o anestesia** con o sin intubación de la vía aérea con el fin de disminuir los molestias de la prueba. También se me ha informado de que la realización del procedimiento con sedación o anestesia puede **augmentar levemente el riesgo de complicaciones**, especialmente complicaciones cardiorrespiratorias como depresión respiratoria, hipoxia (bajada del oxígeno en la sangre) o parada respiratoria, convulsiones o reacciones alérgicas.

3.- La técnica se realiza con un **endoscopio de características especiales (visión lateral y mayor calibre) que es introducido vía oral con la ayuda de un abrebocas**. Se recorre el esófago y duodeno hasta visualizar el orificio papilar, que es donde desemboca el conducto biliar y habitualmente el pancreático. A través de la papila se introduce un catéter por el que se inyecta contraste que permite la visualización radiológica de ambos conductos. **El hallazgo de determinadas patologías puede requerir la realización de una esfinterotomía endoscópica** (corte de la papila) con ayuda de corriente eléctrica (esfinterotomía), que amplía el orificio papilar permitiendo un mejor drenaje de la bilis o la extracción en el mismo acto de cálculos que se encuentren en la vía biliar. Además puede completarse la técnica con la toma de biopsias o material para estudio.

4.- **Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Las complicaciones de la que pueden ocurrir son: pancreatitis (2-5%), hemorragia (0,75-2%), perforación (0,34-1,4%) infección (colangitis) (0,57-1,6%),** distensión y dolor abdominal, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, 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, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad (0,12-1%).

5.- Para la realización de la prueba es recomendable acudir en ayunas de 8 horas aunque en situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas. **Si el procedimiento se realiza con sedación, no debe conducir, ni realizar actividades que conlleven riesgo en las 8 horas siguientes a la prueba, por lo que debe acudir acompañado.**

6- Se me ha advertido la necesidad de **avisar de posibles alergias a medicinas, 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. Algunas situaciones especiales o enfermedades (pancreatitis previa, diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

7.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. **A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido.**

8- Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar una esfinterotomía endoscópica (corte de la papila) con ayuda de corriente eléctrica (esfinterotomo), que amplía el orificio papilar permitiendo un mejor drenaje de la bilis o la extracción en el mismo acto de cálculos que se encuentren en la vía biliar. Además puede completarse la técnica con la toma de biopsias o material para estudio. **Es aconsejable que informé a su médico sobre los fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.**

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

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

CONSIENTO

Que se me realice una **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)** y **aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos** (biopsia, citología y otros) **como terapéuticos** (esfinterotomía, dilatación, extracción de cálculos, esclerosis, electro o foto coagulación, colocación de prótesis etc) que sean aconsejables.

En Alcorcón a fecha

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE (Firma y DNI)

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACION (rellenar solo en caso de decidir no otorgar el consentimiento para la exploración)

DON/DOÑA. de años de edad, CON DOMICILIO EN
..... y D.N.I. Nº

O en su lugar, DON/DOÑA. de años de edad. CON DOMICILIO EN
..... y D.N.I. Nº EN CALIDAD DE (Representante legal, familiar o allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Alcorcón a

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL