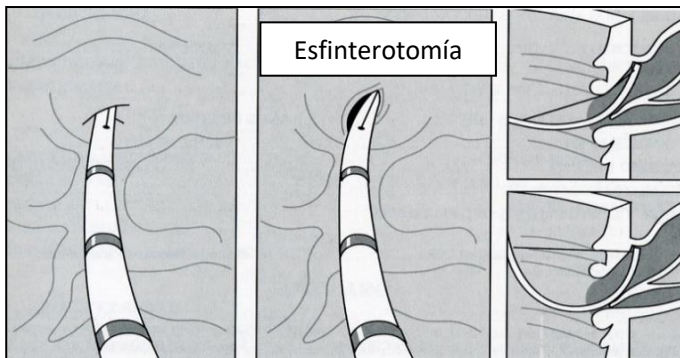


CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en una exploración mixta, endoscópica y radiológica, para estudiar y tratar las alteraciones de la vía biliar y pancreática.

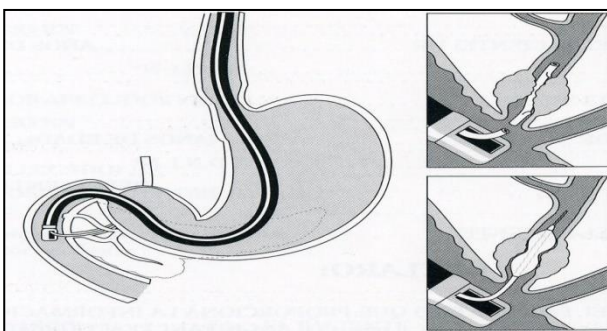
Se realiza introduciendo por la boca un endoscopio (tubo flexible con una cámara en su extremo), con el que se puede iluminar y visualizar las cavidades digestivas. Cuenta en su punta con un orificio por donde salen instrumentos que se introducen desde el exterior para cortar o dilatar la papila duodenal (orificio por donde drenan las secreciones biliares y pancreáticas al duodeno). Tras localizar la papila, se introduce un medio de contraste con un catéter, para ver la vía biliar y comprobar si hay alguna patología.



En el mismo acto y ante el hallazgo de patologías, puede hacerse una esfinterotomía endoscópica (corte de la papila), para ampliar el orificio papilar y permitir así un mejor drenaje de la bilis o la extracción, en el mismo acto también, de cálculos que se encuentren en la vía biliar. A veces hay que dilatar la papila (esfinteroplastia). Se puede completar la prueba además, con la toma de pequeñas muestras de tejido (biopsias), para su estudio,

lo que presenta un pequeño riesgo de sangrado.

Así mismo puede ser necesario llevar a cabo técnicas más complejas como la colocación de prótesis, dilatación de lesiones que cierran los conductos biliares y pancreáticos, resección de tumores papilares, electrocoagulación de lesiones, etc.



El procedimiento se hace acostado sobre el lado izquierdo o boca abajo. Se coloca un protector dental a través del cual se pasa el endoscopio. Se utiliza sedación profunda y puede tener que ser ingresado o permanecer durante unas horas en el hospital para observación y completar tratamiento.

El médico me ha indicado la preparación recomendada antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles

alergias a medicamentos, presencia de prótesis o marcapasos.

La finalidad de la técnica es conseguir un diagnóstico y el tratamiento de enfermedades biliares y pancreáticas (vía biliar, páncreas, vesícula biliar e hígado).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor e hinchazón abdominal.
- Dolor torácico.
- Dificultad para tragar.
- Aspiración bronquial.
- Náuseas y/o vómitos.
- Lesiones orofaríngeas: roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Problemas cardiorrespiratorios: alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre, sobre todo en relación con el grado y la duración de la sedación. Parada cardiorrespiratoria (de manera muy excepcional).
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Pancreatitis aguda (inflamación del páncreas, que puede ocurrir en un 3-10% de los casos), que a veces, podría requerir ingreso en la Unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Colangitis (inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y biliares).
- Perforación (esófago, estómago, intestino delgado, duodeno o retroperitoneo), que puede aparecer de forma inmediata tras la realización de la técnica o tras ella.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede

umentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria o cardiaca no controladas.
- Trastornos graves de coagulación no corregibles.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía.
- Radiología de intervencionismo (en casos concretos).

AUTORIZACIÓN PARA “COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: