

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN.....Y D.N.I., N°

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN.....Y D.N.I., N°.....
EN CALIDAD DE
DE.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE).

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA
INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCOPICA

La CPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) se emplea en el diagnóstico de los trastornos del páncreas, colédoco, hígado y vesícula biliar. Consiste en la introducción de un endoscopio (sonda óptica flexible y delgada) a través de la boca para inspeccionar el estómago y el duodeno. Luego se inyecta una sustancia de contraste en el orificio de salida de los conductos biliares y del páncreas con el fin de realizar radiografías.

Para que haya una buena visión, no deberá comer ni beber nada desde la noche anterior. Si ha de tomar algún medicamento, lo ingerirá con pequeños sorbos de agua. No tome antiácidos. El médico y la enfermera le explicarán el proceso y responderán a sus preguntas. Dígalos si ha sido sometido a alguna otra exploración endoscópica con anterioridad o si ha tenido alergia a medicamentos o sustancias de contraste. Tendrá que ponerse una bata y quitarse gafas y dentaduras postizas. La exploración se realiza sobre una mesa de rayos X. Se le aplicará un anestésico local en la garganta para reducir su sensibilidad y es probable que se le administre algún medicamento en vena para dejarlo somnoliento y relajado. Se le colocará sobre el lado izquierdo y se le introducirá el endoscopio en la garganta. No le impedirá respirar ni sentirá dolor y tendrá una protección en los dientes. Esta prueba dura entre 15 y 60 minutos. Después de la exploración siga las instrucciones de los médicos y del personal de enfermería. Mediante la CPRE se pueden realizar varios tratamientos:

- 1.- Esfinterotomía: consiste en el agrandamiento de la abertura del conducto biliar mediante un bisturí eléctrico. Esto se realiza cuando en las radiografías se observa un cálculo o algún otro obstáculo y usted no notará dolor.
- 2.- Colocación de prótesis: se trata de pequeños tubos de plástico o metálicos que se colocan por medio del endoscopio en alguna zona estrecha de la vía biliar o del conducto pancreático.
- 3.- Colocación de sondas nasobiliares: a veces se deja durante unos días un tubo delgado de plástico en el conducto biliar que se hace salir por la nariz.

Riesgos:

Estos tratamientos para los cálculos u obstrucciones se le recomiendan debido a que son más sencillos y seguros que las intervenciones quirúrgicas habituales. Sin embargo, en ocasiones pueden aparecer complicaciones que usted debe conocer:

- a) Reacción a los fármacos administrados. Si se administran sedantes, puede producirse una sedación excesiva e incluso hipotensión y parada cardiorespiratoria.
- b) Perforación del esófago, estómago o duodeno y hemorragias.
- c) Aspiración pulmonar del contenido gástrico.
- d) Sepsis por gram negativos al pasar bacterias desde el conducto biliar a la sangre.
- e) Flebitis en el lugar de la punción venosa.
- f) La inyección de contraste a través del endoscopio puede causar reacciones alérgicas, inflamación del páncreas o de los conductos biliares.

Estas complicaciones son raras, pero pueden ser lo suficientemente importantes como para requerir un tratamiento urgente, incluso una operación. La muerte es una remota posibilidad.

Y tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCOPICA

En.....(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE o
Representante legal
(Menor o Incapacitado)

REVOCAION

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I, N°.....

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I, N°.....
EN CALIDAD DE
DE.....
(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.

En.....(LUGAR Y FECHA).

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE o
Representante legal
(Menor o Incapacitado)