

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) se emplea para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del páncreas y la vía biliar. La exploración se realiza tumbado boca abajo y mirando hacia la derecha, sobre una mesa de rayos X. Se aplicará un anestésico local en la garganta y se colocará un pieza de protección entre los dientes (debe quitarse la dentadura postiza si la tiene). Se administrarán medicamentos anestésicos por vía intravenosa para adormecerle. Se introduce un endoscopio flexible por la boca hasta el duodeno, para acceder al orificio de drenaje de los conductos biliar y pancreático (papila), por donde se introduce una sonda fina con la que se inyecta contraste y se toman radiografías (si usted es mujer, debe informarnos acerca de la posibilidad de que esté embarazada). El tiempo de la exploración es variable, entre 30 y 90 minutos.

Esfinterotomía: Para realizar tratamientos (extraer cálculos de la vía biliar, colocar sondas de drenaje y otros), casi siempre es necesario agrandar la salida del conducto biliar (papila), donde existe un músculo circular (esfínter), realizándose lo que se denomina "papilotomía" o "esfinterotomía". Se realiza con un bisturí eléctrico que usted no notará.

Prótesis biliares: Son tubos de plástico o de metal expandible que se colocan por medio del endoscopio si existe alguna zona estrecha en el conducto biliar, para permitir que la bilis pase libremente al intestino y reducir la ictericia si esta existe. A veces es necesario colocarlas en el conducto pancreático.

RIESGOS

Las complicaciones ocurren aproximadamente en un 5-10%, siendo las más frecuentes el dolor y distensión abdominal, la pancreatitis aguda, el sangrado tras esfinterotomía, la infección de origen biliar y la perforación. Estas complicaciones se resuelven en la mayoría de los casos con reposo digestivo en 24-48 horas, aunque pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico.

Puede haber reacciones alérgicas a medicamentos o al contraste (debe avisar de alergias conocidas).

Son excepcionales las arritmias o parada cardíaca y la depresión o parada respiratoria, existiendo un mínimo riesgo de mortalidad.

Las prótesis colocadas pueden obstruirse al cabo de unos meses, lo que provoca la reaparición de ictericia, acompañándose generalmente de fiebre por infección. En estos casos puede ser necesario tratarle con antibióticos y probablemente recambiar la prótesis.

SEDACIÓN

Para realizar una CPRE es necesaria la sedación o la anestesia. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Cualquier anestesia conlleva siempre un riesgo menor pero existe el riesgo que sufrir una reacción anestésica grave, que depende sobre todo del estado de salud del paciente.

ALTERNATIVAS

La vía biliar y pancreática pueden ser valoradas mediante pruebas de imagen, principalmente por resonancia magnética, pero sólo sirven para diagnosticar y no permiten realizar tratamientos.

La extracción de cálculos de la vía biliar o la resolución de ciertas obstrucciones puede realizarse por vía radiológica o quirúrgica, pero son pruebas más invasivas y con más riesgos.

CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

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 **CPRE**.

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 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 **CPRE** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos (esfinterotomía, dilatación, colocación de prótesis o sondas, esclerosis, electrocoagulación) que sean aconsejables durante la misma.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI *NO* DESEA REALIZARSE LA PRUEBA

REVOCAION

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL