

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

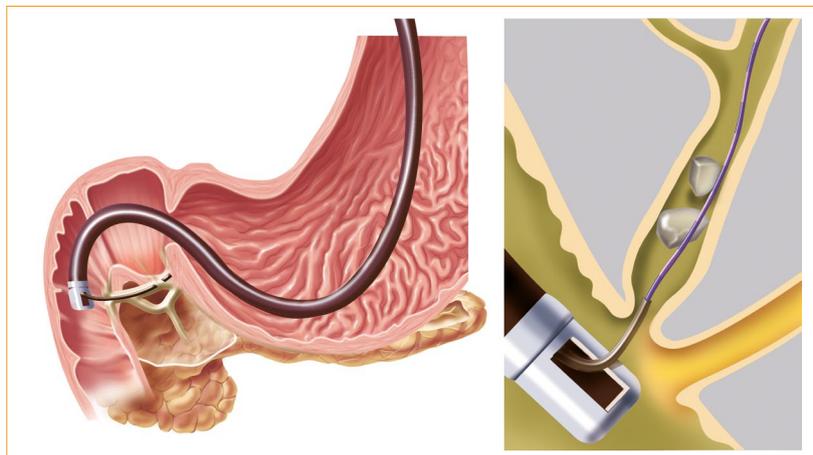
DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es el tratamiento y examen de determinadas enfermedades y lesiones de las vías biliares y del páncreas.
- ▶ He sido informado que el procedimiento requiere de sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que este tipo de técnica endoscópica utiliza un endoscopio flexible de visión lateral, que es introducido por la boca llegando hasta el duodeno, donde desembocan los conductos biliar y pancreático. Se puede así acceder a ellos y visualizarlos de forma radiológica (mediante Raxos X) inyectando en su interior un medio de contraste. La CPRE permite realizar diversos tratamientos mínimamente invasivos de los trastornos biliares y pancreáticos dependiendo del tipo de trastorno que se padezca, con vistas a solucionarlos o mejorar su condición. Con frecuencia se realiza una sección del esfínter (esfínterotomía), se pueden drenar cálculos o resolver obstrucciones. Para ello se pueden utilizar prótesis (tubos de drenaje) que pueden ser definitivos o temporales. Todos los tubos de drenaje pueden obstruirse con el paso del tiempo, pero los tubos de drenaje temporales de plástico tienen mayor probabilidad de hacerlo, por lo que deben estar colocados durante unos pocos meses. La obstrucción puede provocar infecciones y/o ictericia.



- ▶ El médico me ha informado de las alternativas diagnósticas existentes a esta técnica, como son la ecografía, tomografía axial computarizada (TC), resonancia magnética (RM), colangio-resonancia magnética (CRM) o la ecoendoscopia. Y las alternativas terapéuticas a la realización de la CPRE, que son las técnicas intervencionistas radiológicas y la cirugía. He tenido la oportunidad

de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

- ▶ También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También pueden aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta. Por lo general, y si no aparecen complicaciones, permaneceré ingresado en observación durante un mínimo de 24 horas.
- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes son leves y transitorios, como la distensión abdominal, el dolor torácico, la dificultad para tragar, el dolor abdominal, los trastornos de la digestión y las molestias en la garganta. Otros pueden ser más graves y más específicos de la CPRE, son: la pancreatitis aguda, hemorragia, infección y la perforación. La complicación más frecuente es la pancreatitis aguda (inflamación aguda del páncreas) que puede ser de gravedad leve (lo más habitual), moderada o grave (lo más infrecuente). La mayoría de las complicaciones pueden ser tratadas médicamente con sueros, analgésicos, antibióticos, transfusiones, reposo intestinal (ayunas) durante varios días y/o endoscópicamente, pero en algunos casos es necesario realizar una intervención quirúrgica u otro tipo de intervenciones invasivas. En casos muy excepcionales, la CPRE puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
.....
- ▶ Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o, de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE CPRE.**

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

REVOCACIÓN

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (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: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante