

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)

FECHA:.....

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal (si procede).....RUT.....

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que el examen se realizará sobre una mesa de rayos, se le explicará anestésicos local en la garganta para reducir su sensibilidad y se recostará hacia su lado izquierdo, el doctor le introducirá el endoscopio por la boca, teniendo una pieza protectora entre los dientes, para llegar hasta el duodeno (orificio de desagüe de los conductos biliar y pancreático) con el fin de tomar radiografías (si usted es mujer, debe informar acerca de la posibilidad de un embarazo), el endoscopio no le impedirá respirar no le provocará dolor, la exploración durará de 15 a 60 minutos. Para obtener una buena visión con el endoscopio, no debe comer ni beber nada después de la medianoche.

El procedimiento requiere de uso de anestésico local y de sedación, medicamentos de uso intramuscular o endovenosos que lo dejarán somnoliento y relajado.

Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que este procedimiento permite el diagnóstico de trastornos de páncreas, vías biliares, hígado y vesícula biliar y permite realizar tratamientos como:

1. Papilotomía: si en las radiografías se observa un cálculo y/u otros obstáculos, el doctor puede decidir agrandar la abertura del conducto biliar, papilotomía, y se realiza mediante un bisturí eléctrico. Los cálculos se extraen con una cesta y se dejan en el intestino.
2. Sondas de drenaje: se trata de pequeños tubos de plástico que se colocan por un conducto biliar con el objeto de, por ejemplo aliviar la ictericia. A veces también en el conducto pancreático cuando se halla estrechado o bloqueado.
3. Sonda nasobiliar: a veces se deja durante unos días un tubo delgado de plástico en el conducto biliar que se hace salir por la nariz. Esto ayuda a eliminar bilis y permite averiguar por medio de radiografías si el conducto está libre, la sonda puede ser incómoda al comienzo, pero no le impedirá comer ni beber.

Si se realiza algún tratamiento con CPRE, permanecerá hospitalizado y se le dejarán las indicaciones para el resto del día. Permanecerá en la clínica hasta que se solucione además su problema de vesícula si es que lo tiene, el colédoco si es que no se logró con la CPRE o superada cualquier complicación. Es posible que deba repetir el procedimiento para completar el diagnóstico o tratamiento.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La CPRE y los tratamientos que se pueden realizar a través de ella son alternativas seguras a las intervenciones quirúrgicas habituales.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- Durante las primeras horas es posible que presente dolor de garganta, tras el procedimiento.
- La CPRE puede tener complicaciones como: 1. reacciones a medicamentos 2. perforación de intestino 3. hemorragias 4. la inyección de medios de contraste pueden causar reacciones alérgicas, inflamación de los conductos biliares (Colangitis) o del páncreas (Pancreatitis), siendo ésta última la más grave, siendo su aparición y evolución impredecible.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

-Poco frecuente que parezcan otros problemas biliares en los meses o años siguientes a la papilotomía, pero cabe la posibilidad de que se presente ictericia o incluso se formen cálculos. Usualmente estas situaciones se resuelven con otra CPRE.



- Las sondas de drenaje pueden bloquearse por residuos, lo que provoca reaparición de la ictericia acompañada generalmente de fiebre y escalofríos, si esto ocurre debe consultar de urgencia ya que probablemente se deban administrar antibióticos y/o cambiar la sonda de drenaje.

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....

.....

**DECLARACION Y FIRMAS**

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

**MEDICO**

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Dr(a). .....

RUT. ....

Firma: .....

Sr(a). .....

RUT. ....

Firma: .....

**NEGACION (RECHAZO)**

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....

RUT: .....

Firma:.....

Fecha:.....

**REVOCACION**

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....

.....)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....

.....

RUT:.....

Firma:.....

Fecha:.....

