

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA**

Etiqueta del paciente

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR/A ..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA**

1.- La colangiopancreatografía retrograda endoscópica es una técnica endoscópica que pretende la **visualización endoscópico-radiológica de la vía biliar y pancreática con el fin de diagnosticar enfermedades de esta localización** (vía biliar, pancreática, vesícula e hígado). Según las lesiones diagnosticadas, puede requerir en el mismo momento de la exploración, la realización de alguna actuación terapéutica sobre la zona (esfinterotomía, dilataciones, colocación de prótesis...)

2.- El procedimiento, por indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias **puede hacer recomendable o necesaria la anestesia tópica, la sedación y/o anestesia** con o sin intubación de la vía aérea con el fin de disminuir los molestias de la prueba. También se me ha informado de que la realización del procedimiento con sedación o anestesia puede **augmentar levemente el riesgo de complicaciones**, especialmente complicaciones cardiorrespiratorias como depresión respiratoria, hipoxia (bajada del oxígeno en la sangre) o parada respiratoria, convulsiones o reacciones alérgicas.

3.- La técnica se realiza con un **endoscopio de características especiales (visión lateral y mayor calibre) que es introducido vía oral con la ayuda de un abre bocas**. Se recorre el esófago y duodeno hasta visualizar el orificio papilar, que es donde desemboca el conducto biliar y habitualmente el pancreático. A través de la papila se introduce un catéter por el que se inyecta contraste que permite la visualización radiológica de ambos conductos. **El hallazgo de determinadas patologías puede requerir la realización de una esfinterotomía endoscópica** (corte de la papila) con ayuda de corriente eléctrica (esfinterotomía), que amplía el orificio papilar permitiendo un mejor drenaje de la bilis o la extracción en el mismo acto de cálculos que se encuentren en la vía biliar. Además puede completarse la técnica con la toma de biopsias o material para estudio.

4.- **Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Las complicaciones de la que pueden ocurrir son: pancreatitis (2-5%), hemorragia (0,75-2%), perforación (0,34-1,4%) infección (colangitis) (0,57-1,6%),** distensión y dolor abdominal, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad ( 0,12-1%).

5.- Para la realización de la prueba es recomendable acudir en ayunas de 8 horas aunque en situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas. **Si el procedimiento se realiza con sedación, no debe conducir, ni realizar actividades que conlleven riesgo en las 8 horas siguientes a la prueba, por lo que debe acudir acompañado.**

6- Se me ha advertido la necesidad de **avisar de posibles alergias a medicinas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia** que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Algunas situaciones especiales o enfermedades (pancreatitis previa, diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

7.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. **A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido.**

**8- Durante la realización de esta técnica puede ser necesario** realizar una esfinterotomía endoscópica (corte de la papila) con ayuda de corriente eléctrica (esfinterotomo), que amplía el orificio papilar permitiendo un mejor drenaje de la biliar o la extracción en el mismo acto de cálculos que se encuentren en la vía biliar. Además puede completarse la técnica con la toma de biopsias o material para estudio. **Es aconsejable que informé a su médico sobre los fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.**

**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 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.

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 **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)** y **aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos** (biopsia, citología y otros) **como terapéuticos** (esfinterotomía, dilatación, extracción de cálculos, esclerosis, electro o foto coagulación, colocación de prótesis etc) que sean aconsejables.

En Alcorcón a fecha .....

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE (Firma y DNI)

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

---

#### REVOCAION (rellenar solo en caso de decidir no otorgar el consentimiento para la exploración)

DON/DOÑA. .... de .... años de edad, CON DOMICILIO EN .....  
..... y D.N.I. Nº .....

O en su lugar, DON/DOÑA. .... de .... años de edad. CON DOMICILIO EN .....  
..... y D.N.I. Nº ..... EN CALIDAD DE ..... (Representante legal, familiar o allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Alcorcón a .....

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL