

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA C. P. R. E. (PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA)

Objetivos

Por medio de la Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) se pueden reconocer enfermedades en la vía biliar, vesícula e hígado, (cálculos, zonas estrechas y tumores) así como alteraciones del páncreas, (tumores, inflamaciones) en forma más eficiente que con técnicas radiológicas habituales.

Características

La Colangiografía Retrógrada Endoscópica consiste en introducir un medio de contraste radiológico en la vía biliar y/o pancreática para su adecuada visualización, a través de un procedimiento de endoscopia oral. La gran mayoría de las veces este objetivo se cumple; en ocasiones la anatomía propia del paciente impide conseguirlo, lo cual ocurre en menos de un 5% de los casos.

En caso de demostrarse la presencia de cálculo (s), tumor o estrechez en la vía biliar, es necesario realizar una papilotomía (corte en una parte del duodeno, con un bisturí eléctrico) para poder extraer el o los cálculos y/o bien instalar una endoprótesis (STENT) para corregir la estrechez existente. La CPRE no es solamente una endoscopia, sino un procedimiento quirúrgico mediante el uso de endoscopios, con evidentes beneficios y algunos riesgos.

En estos procedimientos se utiliza ANESTESIA GENERAL por un Médico Anestesiólogo.

Riesgos

Por ser este un procedimiento quirúrgico son posibles, aunque infrecuentes, algunas complicaciones como: pancreatitis aguda, sangrado, perforación del intestino, colangitis u otras, o derivadas del uso del medio de contraste radiológico o de los medicamentos, pudiendo eventualmente ser necesaria una operación de urgencia.

Algunas de estas complicaciones pueden ser graves, ó incluso ser causa de mortalidad.

Cuidados: Me han sido explicados las precauciones y el tratamiento que, en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por el personal calificado.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme ó no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGADA ENDOSCÓPICA POR EL

DR. _____ Y EQUIPO.

FIRMA

ACLARACION

DNI