

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ERCP
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (conocida como ERCP por sus siglas en inglés), es una técnica avanzada empleada para evaluar el conducto común de drenaje de la vesícula, el hígado y el páncreas llamado colédoco o vía biliar. **El endoscopio** (tubo delgado flexible que permite al doctor ver por dentro del intestino) se introduce vía oral y se progresa por el esófago y estómago hacia el duodeno (primera parte del intestino), luego que se identifica la válvula que impide el reflujo de líquido hacia el colédoco (papila), un catéter (tubo delgado de plástico) es avanzado a través del endoscopio hacia el colédoco, se inyecta un líquido que permite, con rayos X visualizar el colédoco y sus ramas hasta el hígado, luego se procede a abrir la papila con un electrobisturí (papilotomía) quedando una pequeña incisión (corte) quirúrgica que no es posible visualizar desde el exterior. Este procedimiento permite ampliar la papila permitiendo posteriormente la extracción de cálculos, colocación de prótesis u otros drenajes para permitir la salida de bilis y fluido pancreático. Cuando la papilotomía ya se ha realizado en un procedimiento previo, este paso no es necesario.

Para la realización de este examen, es necesario que el paciente se encuentre en ayunas. No podrá ingerir líquidos desde las 22:00 horas del día anterior si el examen se ha programado para antes del mediodía; si el examen se ha programado después del mediodía, en este caso se permite desayunar un té con 2 galletas de soda.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Es probable que se le administren medicamentos para sedación y alivio del dolor.

El paciente permanece monitorizado todo el tiempo que dura el procedimiento. Terminado el examen se traslada al servicio de recuperación donde es observado por personal de enfermería.

En el momento del alta se entrega un informe y las indicaciones posteriores. Se informará oportunamente al paciente cuando y donde debe ser retirado el informe de dicho procedimiento, será de responsabilidad de ese último obtener dichos informes y presentarlo a su médico tratante.

Las molestias que puede experimentar el paciente, una vez terminado el procedimiento son: molestias digestivas (distensión abdominal), las cuales se aliviarán dentro de algunas horas. Dolor de garganta (el que puede mejorar con gárgaras de agua tibia). Enrojecimiento o dolor leve en el sitio de inyección.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infecciones, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatías, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco Graves y Frecuente: Sangramiento, imposibilidad técnica o anatómica, otras derivadas del uso del medio de contraste radiológico (alergias), otras asociadas al uso de la sedación anestésica que usa.

Poco Frecuentes y Graves: Colangitis, pancreatitis aguda, perforación del esófago, estómago, duodeno, conductos biliares o del intestino (complicación grave que podría requerir una o más cirugías de urgencia), fallecimiento.

La hemorragia usualmente posterior a la esfinterotomía puede aparecer tardíamente hasta 2 semanas después del procedimiento.

En la literatura mundial se reportan complicaciones entre el 3 y 10%, de todos los procedimientos.

En el caso de que exista alguna complicación, habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), en casos muy infrecuentes las complicaciones son graves y requieren tratamiento con cirugía y manejo en unidad de cuidados críticos (UCI o UTI).

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Existe la posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas, no relacionadas con diagnóstico inicial, pero propias de su condición y estado de salud previo o actual los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterio médicos, en base a la información que previamente ha proporcionado. La presencia de complicaciones probablemente implicará una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

La alternativa a este procedimiento es la cirugía abierta o laparoscópica que se asocia a mayores riesgos de complicaciones y mayores estadías hospitalarias por lo que se reserva para casos puntuales luego de una evaluación en equipo.

Las fotografías o filmaciones de video, son parte del procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad, solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)