

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR UNA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

CONTENIDO

PAGINA 2 Preparación

PAGINA 3 y 4 Consentimiento informado

PAGINA 5 Cuestionario de antecedentes clínicos del paciente

Preparación para una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica

Debe tenerse en cuenta que el buen resultado de este estudio, está condicionado al estricto cumplimiento de las indicaciones que se detallan a continuación

Para una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica solo se necesitan 6 horas de ayuno.

1. Asistir acompañado
2. El paciente no podrá conducir vehículos ni maquinarias, no podrá realizar tareas de responsabilidad ni tomar decisiones importantes luego del estudio.
3. El paciente deberá traer al momento del estudio:
 - Carnet de su cobertura de salud
 - Fotocopia de Carnet de su cobertura de salud
 - Orden autorizada de la práctica
 - Estudios previos

Debe recordar también:

4. Traer el consentimiento informado firmado
5. Traer completo el cuestionario de paciente
6. Consultar a su médico si está tomando anticoagulantes, antiinflamatorios o aspirina



Si está tomando medicación antiagregante o anticoagulante (ver drogas -principios activos – citados a continuación) debe consultar con su médico clínico, cardiólogo o hematólogo que indique por ESCRITO cuando suspenderla y cuando reincorporarla. Y si usted se encuentra apto para realizar estudios diagnósticos y/o terapéuticos.

ANTIAGREGANTES	ANTICOAGULANTES	OTROS ANTIAGREGANTES
ASPIRINA CLOPIDOGREL PRASUGREL TICAGRELOR	WARFARINA ACENOCUMAROL RIVAROXABAN (XARELTO) DABIGATRAN (PRADAXA) APIXABAN (ELIQUIS)	TICLOPIDINA DIPIRIDAMOL TIROFIBAN EPTIFIBATIDE ABCIXIMAB

Consentimiento Informado Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Colangiopancreatografía se refiere al proceso de obtener imágenes de rayos X de los conductos biliar y pancreático

Retrógrada se refiere a la dirección en la cual el endoscopio es usado para inyectar un líquido de contraste para observar el sistema de conductos biliares a través de rayos X.

Endoscópica se refiere al uso de un instrumento llamado endoscopio. Este es un fino tubo flexible con una cámara de video y una luz en la punta que es usado por un gastroenterólogo endoscopista bien entrenado para investigar problemas del tracto digestivo. El tracto digestivo incluye el esófago, el estómago, el intestino delgado y grueso, y otras partes conectadas al intestino así como el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.

La **CPRE** puede ser usada para el diagnóstico y tratamiento de problemas que causan ictericia y dolor abdominal. Para entender como la CPRE puede ayudar es necesario conocer más acerca del páncreas y el sistema biliar.

La bilis es una sustancia producida por el hígado que sirve para la digestión y absorción de las grasas. Es transportada desde el hígado por un sistema de tubos llamados conductos biliares. Uno de estos, llamado conducto cístico, une la vesicular con el conducto biliar principal llamado colédoco. La vesicular reserva la bilis entre las comidas y la libera cuando se ingiere. El conducto biliar común o colédoco desemboca en una porción del duodeno a través de una pequeña estructura llamada papila.

Junto con el conducto biliar común o colédoco, drena en el duodeno el conducto pancreático. Todos los problemas que afectan a estos conductos pueden ser diagnosticados y tratados con la CPRE.

Por ejemplo, puede ser útil cuando hay algún bloqueo al paso de la bilis por cálculos, estrecheces, tumores u otras condiciones.

Los problemas en la vía biliar o pancreática se pueden manifestar primero con ictericia, (colorido amarillo de la porción blanca de los ojos o esclerótica), dolor abdominal, o anomalías en los valores sanguíneos de test hepáticos o pancreáticos.

Otros estudios de imágenes pueden proveer importante información acerca del estado del sistema biliar, el hígado y el páncreas (Tomografía computada, Resonancia magnética, Ecografía abdominal)

Antes del procedimiento

Conversar con su médico: Es importante hacer conocer a su médico toda la medicación que usted tiene prescrita, incluyendo suplementos naturales o auto medicados, como así también alergia conocida a drogas u otras sustancias.

El equipo médico también debe conocer si usted sufre trastornos cardíacos, pulmonares, u otras condiciones de salud que necesiten especial atención antes, durante o después del procedimiento. Es importante conocer si usted se encuentra medicado para la diabetes o si está anti coagulado o tiene problemas de sangrado o coagulación insuficiente.

Preparación para el procedimiento: Previo al procedimiento se le entregará un instructivo escrito para que el estudio sea realizado en condiciones optimas. Es importante no ingerir ninguna comida o liquido hasta 8 hs antes del procedimiento. La presencia de comida en el estomago, podría imposibilitar la óptima evaluación del órgano, o producir vómitos.

Durante el procedimiento: Una medicación anestésica será administrada por un médico anestesista para que usted se relaje y el estudio pueda llevarse a cabo sin problemas. El endoscopio debe ser introducido a través de su boca hacia el esófago hasta llegar al duodeno que es el sitio donde se encuentra normalmente la papila, desembocadura de todo el sistema biliar y pancreático.

Una cánula es insertada a través de la vía biliar o pancreática para inyectar de manera retrógrada, contraste, que es visible por los rayos X.

Si existe alguna alteración anatómica, presencia de cálculos, tumores, etc., podrá ser diagnosticada y muchas veces tratada por medio de este método, dilatando, extrayendo cálculos, colocando prótesis llamadas stent, etc.

Un pequeño corte en la papila (papilotomía) puede ser necesario para llevar a cabo estos procedimientos.

Complicaciones posibles: Con el manejo de enfermedades del a vía biliar a través de la CPRE se puede evitar una cirugía innecesaria. Si bien, es un procedimiento seguro, pueden existir complicaciones en alrededor del 3% al 10% de los casos. Aisladamente, estas complicaciones pueden ser severas y requerir un periodo prolongado de internación.

La inflamación leve a severa del páncreas es la complicación más común y puede requerir internación e incluso cirugía. Otras complicaciones pueden ser el sangrado, la perforación o la infección.

Alternativas: Cuando se requiere solo un estudio diagnóstico de las vías biliares, la resonancia nuclear magnética con foco en la vía biliar es el método de elección, utilizando la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica solo cuando existen dudas o se requiere una intervención terapéutica.

La cirugía ofrece una alternativa a la posibilidad terapéutica, como la extracción de cálculos de la vía biliar, de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Yo _____,
DNI _____
autorizo al Dr. _____, a que en mí se realice
una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

El Dr. _____ me ha entregado la
información escrita que figura al dorso y que explica la naturaleza y propósito del procedimiento, en términos que yo he
comprendido perfectamente.

En la información escrita que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento. Me
encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento diagnóstico o
terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos
adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. _____, sus colaboradores o
ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. Incluso
permito, si fuera necesario, administrarme anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo
más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, pudiéndose realizar
interconsultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones
que no sean conocidas por el Dr. _____ al
comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe o grabe el
procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación
científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos
que las acompañan.

Asimismo, dejo asentado que se me ha informado que pueden presentarse falsos negativos, en un 10%
aproximadamente (cifra aceptada internacionalmente), por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas
ciegas.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y entendiendo
completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de
que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Firma Medico Tratante _____

Aclaración _____ DNI _____

Firma de Paciente _____

Aclaración _____ DNI _____

En caso de incapacidad o minoría de edad del paciente

Firma Persona responsable o tutor _____

Aclaración _____ DNI _____

Fecha

Cuestionario de Antecedentes Médicos del Paciente

NOMBRE Y APELLIDO			EDAD años	
FECHA DE NACIMIENTO / /	DNI	PESO kg	ALTURA mts	
DOMICILIO		CP	TEL ()	
OBRA SOCIAL		N° DE AFILIADO		
e-mail:				
ESTUDIO A REALIZAR			MEDICO SOLICITANTE	

1. Lea atentamente el siguiente cuestionario y responda según su mejor conocimiento

MOTIVO DEL ESTUDIO			
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedad cardiovascular. ¿Cual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedad pulmonar. ¿Cual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Enfermedad Hepática (Hepatitis) Cual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedad renal, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Epilepsia. Desmayos. Lipotimia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Problemas de sangrado o formación de hematomas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Gastritis, ulcera gastroduodenal, acidez	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Consumo a alcohol. N.º de vasos por día	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedades infecciosas actuales (HIV, Sífilis, otras)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Cirugías previas			
Tuvo problemas con anestesia en dichas cirugías	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
En su familia hay antecedentes de pólipos de colon o cáncer de colon ¿Quiénes?			
En su familia hay antecedentes de cáncer gástrico ¿Quiénes?			
¿En su familia hay antecedentes de cáncer en otros órganos? ¿Quiénes?			
Medicación anticoagulante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Consumo de aspirina y antiinflamatorios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Medicación habitual			
Alergia a medicamentos			

2. Cualquier duda comuníquese al **teléfono 0351 4858585 interno 757** o su médico de cabecera

PACIENTES DE SEXO FEMENINO			
¿Toma hormonas o anticonceptivos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Puede estar embarazada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Esta menstruando actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
	/ /		/ /
Firma paciente, persona responsable o tutor	Fecha	Firma Médico Tratante	Fecha
Aclaración	DNI	Aclaración	DNI