



COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA **DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA** **INFORMACION PARA LOS PACIENTES**

¿QUÉ ES LA COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA?

A usted se le ha solicitado un examen que consiste en estudiar los conductos biliares y pancreáticos, así como su terminación a nivel de una estructura llamada Papila de Vater en el duodeno. Para ello se utiliza un endoscopio flexible que se introduce por la boca avanzándose hasta el duodeno, segmento que le sigue al estómago. Es un examen combinado endoscópico y radiológico, obteniéndose radiografías de los conductos, al ser éstos rellenados por líquido de contraste yodado.

PREPARACIÓN REQUERIDA

Deberá estar con 8 horas de ayuno, se le colocará una vía venosa para pasar suero y medicamentos según necesidad (sedantes del tipo midazolam u otros, analgésicos, antiespasmódicos, antibióticos). Debe informar si es alérgico (a) al yodo o medicamentos. También si toma aspirina, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes. El estudio de la coagulación de la sangre (crisis sanguínea) debe ser normal. Si no lo fuera, se deberá corregir con vitamina K y/o plasma fresco.

¿EN QUE CONSISTE EL ESTUDIO?

Previo a la introducción del endoscopio por la boca, se le aplicará un anestésico en forma de spray en la garganta y se le colocará un protector dental de plástico (mordillo), que usted mantendrá sujeto con los dientes. Para el examen, usted estará acostado(a) sobre su lado izquierdo, realizándose el mismo en sala de radiología o en block quirúrgico, según cada caso. En algunas circunstancias puede requerirse de un anestesista. Usted puede que ya esté internado(a) o puede concurrir en forma ambulatoria.

DESPUÉS DEL ESTUDIO

Luego del examen quedará unas horas en observación, pudiendo regresar a su sala de internación o a su domicilio, según considere el especialista actuante y en relación con el medio familiar.

BENEFICIOS Y RIESGOS

A través del examen se busca esclarecer que tipo de enfermedad está afectando los conductos bilio-pancreáticos o descartar la misma, de resultar su examen normal. Asimismo se pueden realizar intervenciones terapéuticas con la finalidad de extraer cálculos (papilotomía y extracción de cálculos) o de colocar prótesis (tubos plásticos o metálicos) para desobstruir los conductos, según cual sea la obstrucción. Estos tratamientos simplifican otras cirugías o mismo pueden hacer innecesarias las mismas, según el caso. Los riesgos pueden ser por los medicamentos utilizados, inflamación del páncreas (pancreatitis), sangrado y/o perforación si hubo necesidad de corte y colangitis (infección de los conductos biliares).

Globalmente consideradas, la incidencia de complicaciones es baja (menos del 10 %). El riesgo de vida puede variar del 0,1 al 1%. En algunas circunstancias puede requerirse de operaciones, ya sea porque no se pudo resolver su caso con esta técnica o ante alguna complicación derivada de la misma. Pueden verse complicaciones relacionadas con la sedación, sobretodo en pacientes con factores de riesgo, como enfermedades previas y edad avanzada. Si se realiza medicación intravenosa, puede presentar moretones en la zona de punción. Las complicaciones infecciosas son raras.

En caso de presentar DOLOR INTENSO ó SANGRADO INTENSO concurra al Servicio de Emergencia de la Institución Médica que corresponda, con el informe de la endoscopia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL PACIENTE
PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

He leído cuidadosamente y con tiempo suficiente el formulario de información que se me proporcionó y entiendo todos los puntos. Se me ha ampliado la información y se me ha respondido a mi entera satisfacción todas las preguntas que he formulado. Doy mi consentimiento en forma voluntaria y libre para realizarme el estudio. Si el médico endoscopista considera que es necesario realizar biopsias, realizar tratamiento para detener el sangrado de alguna lesión sangrante, dilatar zonas estrechas, colocar prótesis, extraer cálculos o cuerpos extraños y cortar o coagular con electrobisturí, también doy mi consentimiento en forma voluntaria.

Por otra parte doy mi consentimiento para realizarme premedicación, sedación vía oral (comprimidos), sedación intravenosa o anestesia general.

Se me ha entregado una copia de este formulario de consentimiento.

Firma del paciente.....

Aclaración.....

Fecha.....

Firma del testigo.....

Aclaración.....

Fecha.....

Firma del médico que pide el consentimiento.....

Aclaración.....

Fecha.....
