

## Consentimiento informado para ampulectomía o resección de la papila duodenal

Nº de historia .....

D/D<sup>a</sup>.....de.....años de edad.  
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en .....y DNI nº:.....

D/D<sup>a</sup>.....de.....años de edad.  
(nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en .....y DNI nº:..... en Calidad

de .....de.....  
(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)

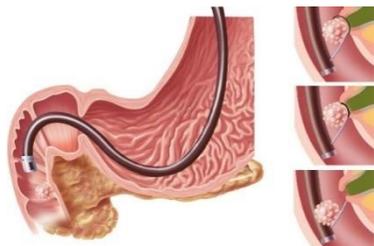
### Declaro

Que el Doctor/a .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE AMPULECTOMÍA.**

- El propósito principal de la técnica es la extirpación de una lesión superficial de la papila duodenal para posteriormente efectuar el correspondiente análisis anatomopatológico de la lesión.
- He sido informado que el procedimiento requiere de sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que este tipo de técnica endoscópica utiliza un endoscopio flexible de visión lateral, que es introducido por la boca llegando hasta la papila duodenal, donde desembocan los conductos biliar y pancreático. La lesión se extirpa con un asa de polipectomía que aplica una corriente eléctrica. Una vez extirpada la lesión se procede a recuperar el tejido extirpado para realizar su estudio anatomopatológico. Es posible que se coloque un stent pancreático de plástico y/o biliar temporal con el fin de reducir la posibilidad de inflamación aguda del páncreas.



- El médico me ha informado de las alternativas a esta técnica, como son la intervención quirúrgica o la observación con controles endoscópicos. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También pueden aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta. Por lo general, y si no aparecen complicaciones, permaneceré ingresado en observación durante un mínimo de 24 horas.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes son leves y transitorios, como la distensión abdominal, el dolor torácico, la dificultad para tragar, el dolor abdominal, los trastornos de la digestión y las molestias en la garganta. Otros pueden ser más graves y más específicos de la ampulectomía, como son: la pancreatitis aguda, hemorragia, infección y la perforación. El más frecuente es la pancreatitis aguda. Estas complicaciones pueden ser tratadas médicamente con sueros, analgésicos, antibióticos, transfusiones, reposo intestinal (ayunas) durante varios días y/o endoscópicamente, pero en algunos casos es

necesario realizar una intervención quirúrgica u otro tipo de intervenciones invasivas. En casos muy excepcionales, la ampulectomía puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:.....  
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como: .....
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni los esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto **que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

<b>DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que se me realice un <b>TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE AMPULECTOMÍA</b>	
<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> D.N.I. Fdo.:	<b>MÉDICO:</b> Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido <b>NO AUTORIZAR</b> la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> D.N.I.: Fdo.:	<b>MÉDICO:</b> Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido <b>REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN</b>	
<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> D.N.I. Fdo.:	<b>MÉDICO:</b> Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	