

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**
ATZERANZKO KOLANGIO PANKREATOGRAFIA ENDOSKOPIKOA (AKPE)
COLANGIO PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (C.P.R.E.)**A. IDENTIFIKAZIOA:****MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. AZALPENA:**

Atzeranzko kolangio-pankreatografia endoskopikoa –AKPE– behazun, gibel eta pankrearen hodiak ikusteko erabiltzen den teknika espezializatua da.

Teknika honen oinarria da ahotik endoskopia berezi bat sartzea, duodenoraino; horri esker, behazunaren irteerako zulutik kateter edo zunda bat sartu ahal da. Ondoren, kontraste erradiologiko bat sartzen da, hodiak X izpien bidez ikusi ahal izateko.

Batzuetan, hodian amaieran egindako ebaketa txiki baten bidezko tratamendua egiteko aukera ere badago (papilotomia), eta baita kalkuluak ateratzeko, edo itxitako hodietan drainadurak jartzeko ere.

Kontraste iodatuei alergia izatea ez da berez kontraindikazioa, baina jakinaraztea komeni da.

Anestesia lokala aplikatzen da eztarrian, eta zainetatik lasaigarriak ematen dira, zaintza espezializatupean. Ebakuntzaren ondoren, behaketapean egongo zara ordu batzuetan, eta egindako prozesuaren arabera, ospitaleratzea ere beharrezkoa izan daiteke.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Oro har, gorputzak onartzen duen proba da. Arriskurik ohikoenak ez dira larriak: sueroaren zaina handitzea; tripako mina edo hantura (behar izanez gero, lasaigarriak emango dizkizute).
- Ospitaleratze moduko arazo handiagoak edo larriagoak gerta daitezke, baina ez dira ohikoak: kontrasteari alergia izatea, edo erabilitako sendagaiekiko erreakzioak; pankreatitisa edo behazunaren infekzioa; hesteetako hemorragia edo zulatzea; biriketara xurgatzea; eta, ezohikoa bada ere, bihotz-eta arnas gelditzea.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. DEFINICIÓN:**

La C.P.R.E., (colangio pancreatografía retrógrada endoscópica) es una técnica especializada que pretende visualizar los conductos de la bilis, del hígado y del páncreas.

Se realiza introduciendo por la boca un endoscopio especial hasta el duodeno, que permite pasar un catéter o sonda por el orificio de salida de la "bilis". Luego se introduce un contraste radiológico para ver los conductos por rayos X.

En algunos casos permite realizar un tratamiento dando un pequeño corte en la terminación de los mismos (papilotomía) y sacando cálculos o colocando drenajes en conductos obstruidos y otros procedimientos.

La alergia a los contrastes yodados no es una contraindicación pero conviene que lo haga saber.

Se utiliza anestesia local en la garganta y sedación por vía venosa bajo vigilancia especializada. Tras la prueba permanecerá unas horas en observación y según el proceso realizado puede precisar ingreso.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Es una prueba en general tolerada. Los riesgos más frecuentes suelen ser poco importantes como: inflamación de la vena donde se coloca el suero, dolor o hinchazón de la tripa (si es preciso se le pondrán calmantes)
- Pueden ocurrir complicaciones mayores o más graves que requieran ingreso pero son menos frecuentes, como: alergia al contraste o reacciones a las medicaciones empleadas. Pankreatitis o infección de la bilis. Hemorragia o perforación del intestino, aspiración a los pulmones y excepcional, aunque posible, parada cardiorespiratoria.



- Oro har, arazo larri horiek ebakuntzarik gabeko tratamenduaren bidez zuzentzen dira, baina batzuetan kirurgia egin beharra eman daiteke. Arriskua handiagoa izaten da zenbait egoera edo eritasun emanez gero, edo ebaki bat egiten bada (papiilotomia). Heriotza-arriskua hutsaren hurrengo da.

- En general estas complicaciones mayores se tratan sin necesidad de operación, pero en ocasiones es preciso recurrir a la cirugía. El riesgo es algo mayor en algunas situaciones o enfermedades o si se realiza un corte (papiilotomía) y el riesgo de mortalidad es mínimo.

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

E. ALTERNATIVAS:

AKPE-k Erradiologia edo eskanerreko beste edozein probak baino emaitza baliotsuagoak ematen ditu, eta, behar izatekotan, biopsiak hartzeko aukera ere ematen du. Proba berean, hodi horietako gaixotasunak ere tratatu daitezke (harriak, etab.), nahiz eta beti posible ez izan; horrela, lor daiteke arrisku handiagoko ebakuntza kirurgikorik beharrezkoa ez izatea, edo sinplifikatzea.

La información obtenida con la CPRE es más valiosa que con otras pruebas de radiología y Scanner y permite tomar biopsias si fuera preciso. En la misma prueba se pueden tratar enfermedades de estos conductos (como piedras, etc..), aunque esto no siempre se logra, y de esta forma evitar o simplificar una intervención quirúrgica siempre de mayor riesgo.



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN
 Nombre, apellidos y DNI del paciente
 <-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>
 -->

Sinadura/k eta data
 Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha