





**servei**

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE RADIOLOGÍA  
VASCULAR  
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

que precise. Es importante tener en cuenta, que frecuentemente estas dilataciones deben repetirse varias veces para conseguir un resultado adecuado. En ocasiones si el tratamiento falla puede ser necesario colocar una prótesis interna o realizar cirugía.

### **ALTERNATIVAS**

En la actualidad, las alternativas son la intervención quirúrgica o realizar una dilatación por vía endoscópica.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

#### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Los mas frecuentes:

Los más frecuentes son los leves como escozor al introducir la anestesia, o dolor en el lugar de la punción una vez pasa el efecto de la anestesia.

También puede haber “tiritona” que se suele resolver con tratamiento médico.

Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo.

- Los mas graves:

Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo.

Salida accidental del catéter, que obligaría a colocarle un nuevo catéter.

Hemorragia en los conductos biliares (hemobilia). Normalmente cede sola en las primeras 24 horas, pero en casos excepcionales puede requerir una intervención urgente.

Infección de los conductos (colangitis) o generalizada (sepsis). Para evitar esta complicación se le administrarán los antibióticos necesarios.

Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndole dolor. Normalmente es transitoria, aunque excepcionalmente puede ser necesario intervenirle quirúrgicamente.

#### **Por el medio de contraste (contraste yodado):**

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

#### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina...) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

#### **DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de dilatación biliar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

#### **EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.

DNI

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma

---

#### **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D. /Dña. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo/ ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr/a: \_\_\_\_\_