

Documento de consentimiento informado acceso venoso central no tunelizado

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

El objetivo de esta intervención es ayudar a que puedan realizarse los tratamientos así como los análisis necesarios sin necesidad de tener que pincharle sus venas periféricas. El tipo de anestesia requerida es local, pero puede ser modificada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE EL ACCESO VENOSO CENTRAL NO TUNELIZADO

Esta intervención consiste en colocarle un tubo (catéter) debajo de la piel en el pecho o en el cuello. Para ello vamos a realizar un pequeño corte de un centímetro para pincharle la vena yugular o subclavia. Si fuese necesario se le introducirá un líquido (medio de contraste) para ver sus venas. La duración de la intervención será de, aproximadamente, 30-40 minutos. También cabe la posibilidad de que haya que modificar el procedimiento durante su realización para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención es posible que se utilice un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DEL ACCESO VENOSO CENTRAL NO TUNELIZADO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Infección local o generalizada (sepsis).
- Punción de la capa que rodea al pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax. Si la cantidad es pequeña se resuelve solo y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante sería preciso colocarle un tubo en el tórax para facilitar la salida del aire.
- Alteraciones cardíacas (arritmias).
- Excepcionalmente, lesiones de los vasos sanguíneos (trombosis, desgarros), lo que podría dar lugar a complicaciones graves.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa sería seguir pinchándole las venas periféricas.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el ACCESO VENOSO CENTRAL NO TUNELIZADO.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: