



# Consentimiento informado colocación de un acceso venoso de larga duración

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

## Descripción del problema que Vd. presenta

El médico que lo trata considera necesario un acceso venoso para poder realizar el tratamiento de una forma cómoda y segura para usted. Un acceso venoso de estas características constituye, en muchos casos, la única manera de poder realizar ciertos tratamientos (nutrición parenteral total, hemodiálisis, trasplante de médula ósea, administración de fármacos irritantes, etc.).

## ¿En qué consiste la intervención?

El procedimiento se realiza generalmente con anestesia local y en quirófano. Se pueden emplear rayos X y contrastes radiológicos. A través de pequeñas incisiones en la piel se punciona una vena (las más frecuentemente empleadas son la yugular en el cuello, la subclavia debajo de la clavícula o la femoral en la región inguinal) y se introduce un catéter en su interior, que puede ir conectado a un pequeño reservorio que se deja bajo la piel y que se punciona a través de ella o, tras un recorrido de algunos centímetros en el tejido subcutáneo, salir al exterior para su utilización directa. Tras concluir el procedimiento se solicitará una radiografía para comprobar el correcto posicionamiento del catéter y descartar complicaciones inmediatas.

## Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

### **Objetivo y beneficios:**

Con esta intervención se dispone de una vía venosa de alto caudal que disminuye los problemas ocasionados por el uso de venas de menor calibre y más superficiales (flebitis, trombosis, etc.) y que, con frecuencia, determinan el agotamiento del sistema venoso superficial por punciones reiteradas. Estos accesos permiten su utilización durante períodos de tiempo muy prolongados.

### **Riesgos generales específicos del paciente:**

La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante el periodo perioperatorio y/o a más largo plazo.

### **Riesgos específicos de la operación:**

El inconveniente más frecuente es que no se consiga puncionar una vena para realizar el procedimiento. Al utilizar técnicas percutáneas existe el riesgo de migración intravascular del material empleado para el procedimiento. Existe la posibilidad de hematomas, hemorragias, infección de las heridas y problemas de cicatrización, neumotórax, hemotórax, punción accidental de una arteria, fístulas arterio-venosas, arritmias y embolias de aire. Si se comprueba que el emplazamiento del catéter no es el adecuado puede ser necesaria una reintervención. A largo plazo puede haber infección del material implantado, trombosis del catéter y de la vena adyacente, ruptura del material por fatiga y migración intravascular de sus componentes. Todas estas complicaciones pueden requerir la realización de otras pruebas diagnósticas y/o otros procedimientos quirúrgicos.

En caso de utilizar contraste radiológico, se pueden producir reacciones alérgicas al mismo (náuseas, picores y enrojecimiento de la piel. Aunque muy raramente, la reacción alérgica puede ser de gravedad extrema).

**Alternativas:**

En ciertos casos pueden ser utilizadas venas superficiales de las extremidades durante períodos cortos de tiempo u otras vías de administración de fármacos.

*Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.*

**RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales):**

---

**Declaración de consentimiento:**

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. \_\_\_\_\_

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascular**. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
**D.N.I.**  
**Fdo.:**

**MÉDICO:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
**D.N.I.:**  
**Fdo.:**

**MÉDICO:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
**D.N.I.**  
**Fdo.:**

**MÉDICO:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fdo.:**

\_\_\_\_\_ En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_