

Consentimiento informado para colocación de catéter de inserción periférica (PICC) realizada por enfermería por técnica ecoguiada

Nombre y apellidos del paciente:

DNI:

D./Dña. (representante legal, familiar o allegado):

DNI:

Nombre y apellidos del médico que informa:

Nº de colegiado:

¿En qué consiste?

El catéter de inserción periférica o PICC por sus siglas en inglés, es un tubo plástico, blando, largo y delgado insertado en una vena del brazo. Este catéter es lo suficientemente largo para alcanzar la vena más grande que llega al corazón.

¿Para qué sirve?

El objetivo de esta intervención es ayudar a que puedan realizarse los tratamientos y los análisis necesarios sin necesidad de tener que pinchar repetidamente las venas periféricas. Se utiliza por ejemplo para:

- Administración de cualquier terapia venosa
- Administración de quimioterapia
- Realización de transfusión sanguínea
- Toma de muestras sanguíneas
- Administración de nutrición parenteral
- Administración de medio de contraste (si el catéter es de alto flujo)
- Medición de la presión venosa central (PVC)

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.

Beneficios de un PICC

Entre los beneficios de éste catéter se pueden destacar:

- Preservar el capital venoso
- Disminuir las múltiples venopunciones
- Permiten tratamientos domiciliarios
- No interfiere en las actividades de la vida diaria del portador
- Seguridad de acceso venoso: asegurando la administración del tratamiento y extracciones de muestras analíticas, desapareciendo el riesgo de extravasación de fluidos

Riesgos de la colocación del catéter

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

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma)
- Infección local o generalizada (sepsis)
- Alteraciones cardíacas (arritmias)
- Excepcionalmente, lesiones en las venas (trombosis, disección, perforación)

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.

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

El electrocardiograma puede cambiar si el paciente padece la enfermedad, pero no tiene por qué notar nada.

Riesgos personalizados

Qué otras alternativas hay

En la actualidad, la alternativa sería seguir pinchando 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.

DOY mi consentimiento para que me sea colocado un **CATÉTER DE INSERCIÓN PERIFERICA**. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr/a.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

MÉDICO:

D.N.I.:

Nº Colegiado.:

Fdo.:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **NO AUTORIZAR** después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

MÉDICO:

D.N.I.:

Nº. Colegiado.:

Fdo.:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

MÉDICO:

D.N.I.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____