

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La canalización de una vía venosa central consiste en la introducción de un catéter (tubo flexible) en una vena que se dirige hacia el corazón. Antes de pinchar, se pone anestesia local en la zona de la piel en la que se vaya a realizar la punción: ingle, brazo o cuello, para ocasionar el menor dolor posible.

Según la anatomía del paciente, esta técnica puede ser costosa y requerir más de una punción en diferentes zonas. El médico elegirá el acceso a la vena más apropiado a su situación clínica y anatómica: yugular, subclavia, femoral, etc.

La canalización de una vía venosa central se puede realizar para la administración de fármacos, nutrición por la vena, para medir parámetros hemodinámicos o por fracaso de un acceso de vena periférica.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la correcta elección de la técnica y de su correcta realización, este procedimiento, como todos los que son invasivos, puede tener riesgos.

Los riesgos frecuentes son:

- Dolor en el punto de punción.
- Hematomas.
- Punción arterial.
- Extravasación (salida de líquido por fuera de la vena).
- Flebitis (inflamación de las vena).
- Malposición del catéter.

Los riesgos menos frecuentes y más graves son:

- Neumotórax (entrada de aire en el espacio interpleural).
- Hemotórax (sangre en la cavidad pleural).
- Trombosis (coágulo en el interior de un vaso sanguíneo).
- Arritmias (variación del ritmo cardíaco).
- Perforación cardíaca.
- Infecciones relacionadas con el catéter.
- Lesión nerviosa de las estructuras cercanas a la zona de punción.
- Parálisis de cuerdas vocales, del diafragma, síndrome de Horner (ojo hundido, con pupilas pequeñas y párpado caído) o pérdida de fuerza de extremidades por lesión de nervios (como el nervio frénico o plexo braquial).
- Todas estas complicaciones graves se resuelven de forma habitual con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. De forma excepcional las lesiones pueden ser permanentes.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

## RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante
- ..... puede  
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

Existen situaciones en las que habría que valorar si el beneficio supera a los riesgos que pueda ocasionar como:

- Trombosis venosa profunda (coágulo en el interior de un vaso sanguíneo).
- Neutropenia (escasez de un tipo de glóbulos blancos).
- Alteraciones de la coagulación.
- Lesiones de la piel y/o infección en la zona de punción.
- Paciente que no colabora.
- Paciente con múltiples traumatismos, con posible lesión de la venas, subclavia, innominada, cava superior, o fractura de escápula o clavícula, defectos óseos o del mediastino.
- Cirugía del tórax previa.
- Trayecto venoso anormal conocido.
- Cirugía reconstructora del cuello.
- Neoplasia de pulmón o neumonía (infección en los pulmones).

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

## AUTORIZACIÓN PARA "CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de Anestesia  
y Reanimación

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

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

Firma del representante legal: