

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CATÉTER CENTRAL TUNELIZADO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en colocarle un tubo fino (catéter), debajo de la piel del pecho o del cuello para que puedan realizarle los tratamientos (en el caso de pacientes en diálisis, se realizarían a través del catéter), o los análisis necesarios sin necesidad de tener que pincharle sus venas periféricas.

Mediante anestesia local, se realizan dos pequeños cortes (1-2 cm), uno para pinchar la vena (yugular o subclavia en el cuello) y otro más abajo por donde asomará el catéter al exterior, para poner la medicación. Es decir, el catéter hace un trayecto por debajo de la piel (tunelización) donde queda fijado.

Para confirmar que se ha insertado en el sitio adecuado, se realiza bajo control radiológico con contraste.

La finalidad es permitir un acceso venoso permanente para administrar determinados tratamientos, sangre, líquidos, nutrición, realizar extracciones de sangre de manera frecuente, etc.

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 adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Infección del catéter o generalizada (sepsis).
- Lesión de algún nervio próximo a la punción que puede provocar parálisis (temporal o permanente), de la extremidad.
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón), al pinchar la pleura de forma accidental.
- Durante la intervención podría entrar aire a través de la vena y provocar un embolismo pulmonar.
- Malfuncionamiento por mala posición u oclusión de la luz del catéter o de su extremo, lo que obligaría a su retirada.
- Rotura del catéter interno que podría migrar al corazón o al pulmón debiendo de extraerse.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Punciones en vena de manera frecuente.

AUTORIZACIÓN PARA “CATÉTER CENTRAL TUNELIZADO”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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.

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

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: