



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud

Hospital

Servicio de Medicina Interna

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Canalización de vías centrales

INFORMACIÓN

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

Esta técnica permite colocar un catéter en una vena de calibre mayor, más próxima al corazón.

Para ello, el paciente será preparado en una posición determinada, en condiciones de asepsia importantes, y desinfectando la zona de punción, que puede ser el cuello o la ingle. Aunque parte de su cuerpo y su cara estén cubiertos, sus constantes vitales estarán siendo controladas en todo momento. Tras aplicar anestesia local, se introducirá un catéter para localizar la vía en la que se alojará durante los próximos días. Posteriormente se fija y se cubre con apósitos. En ocasiones es necesario el uso de ecógrafo para localizar el vaso sanguíneo.

¿PARA QUÉ SIRVE?

Mediante esta técnica se puede conseguir dos objetivos:

- Tener un acceso para la extracción de sangre sin necesidad de realizar pinchazos.
- Favorecer la infusión de medicamentos que pueden afectar a venas de menor calibre.
- Infusión de nutrición parenteral.

¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Todas las técnicas médicas tienen riesgos, que en la mayor parte de los casos son leves o muy infrecuentes. Para realizar esta técnica es muy importante conocer de antemano la existencia de problemas en la coagulación, de crecimientos de vísceras o de alergias a algún medicamento.

Riesgos frecuentes:

Posición incorrecta del catéter, hematoma en la zona de punción, infección de la zona de punción o colonización del catéter por gérmenes.

Riesgos infrecuentes y graves:

Neumotórax por punción accidental de la zona pleural (que rodea los pulmones), hemorragia de un vaso sanguíneo, punción accidental de la tráquea, esófago, pulmón y nervios que los rodean, infección generalizada a través del catéter, arritmias, rotura del catéter o deslizamiento del mismo hacia el corazón.

Riesgos personalizados:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales o profesionales, son

¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

No existe alternativa para la técnica a la hora de infundir medicamentos o nutrientes. Se puede utilizar otros accesos periféricos o en otras localizaciones pero con limitaciones significativas.

¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

La no realización de la técnica puede impedir utilizar ciertos fármacos o nutrirle de forma adecuada.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

Antes de facilitar esta hoja de Consentimiento Informado a su paciente, compruebe si su Centro o Comunidad Autónoma posee un modelo específico para este procedimiento.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud

Hospital

Servicio de Medicina Interna

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Canalización de vías centrales

CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la CANALIZACIÓN DE VÍAS CENTRALES, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso.

Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del paciente

CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha

Firma del paciente

(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico

(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

DENEGACIÓN Lugar y Fecha

Firma del paciente

(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico

(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

REVOCACIÓN Lugar y Fecha

Firma del paciente

(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico

(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

Fecha de Validación