



Consentimiento Informado Para La  
Instalación De Catéter Tunelizado  
Para Hemodiálisis

## **Consentimiento Informado Para La Instalación De Catéter Tunelizado Para Hemodiálisis**

## Consentimiento Informado Para La Instalación De Catéter Tunelizado Para Hemodiálisis

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para **INSTALACIÓN DE CATÉTER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS.**

## INFORMACIÓN

- 1) La indicación de instalar un catéter tunelizado es la necesidad perentoria de iniciar hemodiálisis debido a una falla severa de la función renal o en el caso de un paciente ya en diálisis, a la falla irreversible de su acceso vascular (FAV).
- 2) Este es un procedimiento que se realiza en pabellón con la ayuda de técnicas de imagen radiológica y que consiste en la inserción de un catéter (tubo de plástico) a través de una vena importante de su organismo por punción o abordaje quirúrgico mínimo (yugular en el cuello, subclavia en el pecho o femoral en la ingle). Este catéter puede ser de una o dos ramas y se situará por debajo de la piel exteriorizándolo por uno o dos orificios, según el modelo del catéter, alejados del sitio de punción o inserción inicial. La porción del catéter que queda debajo de la piel tiene un dispositivo llamado cuff que le permite su adecuada sujeción.
- 3) Es posible que durante la instalación del catéter se deba realizar modificaciones del procedimiento, para proporcionar así un acceso lo más adecuado posible.
- 4) El tipo de anestesia es habitualmente local, siempre acompañado y vigilado por un médico anestesista, quien de requerirlo usará algún tipo de sedación u otro tipo de anestesia si el procedimiento resulta ser más complejo.
- 5) A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los derivados del procedimiento en si como aquellas complicaciones generales dadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).
- 6) Existen complicaciones propias de este procedimiento, como el hematoma, sangramiento en los sitios de inserción y exteriorización del catéter e infecciones locales o generalizadas. En los abordajes del cuello y el pecho puede haber paso de aire o sangre a la pleura (Neumotórax y/o Hemotórax) y perforación de grandes vasos. En el caso de los catéteres femorales puede haber desgarro de la vena y hematomas retroperitoneales (detrás de la cavidad abdominal).
- 7) Si bien estas complicaciones son de baja incidencia y la mayoría se resuelve con tratamiento médico, algunas pueden requerir una intervención quirúrgica mayor.
- 8) A largo plazo los catéteres pueden provocar otras complicaciones no menos graves como infecciones, trombosis o estrecheces de dichas venas.
- 9) Una vez instalado el catéter este podrá ser utilizado inmediatamente para su hemodiálisis.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**INSTALACIÓN DE CATÉTER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).