



Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE APERTURA Y SELLADO DE CATÉTER PORT-A-CATH**

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N° ...../2019/INSNSB)

**PROCEDIMIENTO DE APERTURA DE CATÉTER PORT-A- CATH**  
**PROCEDIMIENTO DE SELLADO DE CATÉTER PORT-A-CATH**

**CPT 93542.01**  
**CPT 93542.03**

- **Servicio:** HEMATOLOGIA CLINICA- TPH
- **Diagnóstico:** Pacientes con los siguientes diagnósticos:
  - LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
  - LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA TIPO “B”
  - PANCITOPENIA
  - LEUCEMIA PROMIELOCITICA , ENTRE OTROS

- **Descripción del Procedimiento:**

Es la colocación de un catéter central interno, de silicona, insertado con técnica tunelizada que se sitúa por debajo del tejido celular subcutáneo, permitiendo el acceso repetido al sistema vascular, a través de unas agujas llamadas Gripper, usado en el manejo actual del paciente oncológico pediátrico, que requiere de un tratamiento sistémico prolongado, siendo una necesidad importante en el cuidado y manejo del paciente oncológico.

- **Objetivos del Procedimiento:**

- Proporcionar al paciente pediátrico una vía de acceso venoso rápido, seguro, permeable y de larga duración.
- Brindar confort y una adecuada terapia intravenosa, aumentando la calidad de vida y seguridad del paciente.

- **Beneficios Esperados:**

- Facilitar tanto la extracción de muestras de sangre, como la administración de medicamentos, nutrientes, productos sanguíneos, y otros.
- Reducir las molestias asociadas a punciones repetidas o a la incomodidad de un catéter externo.



- Es el más apropiado para enfermos con medicaciones distanciadas intermitentes.
- **Riesgos o Complicaciones Frecuentes:**
  - a) **Extravasación:** que puede deberse a: Colocación incorrecta o el desplazamiento de la aguja, o por elevada presión de flujo de infusión sobre la zona de conexión del reservorio y el portal.
  - b) **Se puede infundir pero no sale sangre,** para lo cual se puede realizar: - maniobras para aumentar la presión torácica como provocar la tos o respirar profundamente, - irrigar con suero salino y aspirar sin forzar, para crear vacío, utilizando técnica de presión negativa, o - realizar radiografía de tórax antes de administrar la quimioterapia.
  - c) **Obstrucción,** donde no es posible infundir líquidos ni extraer sangre. Es la complicación más frecuente. La solución: - Indicar al paciente que cambie de posición, si es posible acostarlo con los pies elevados y girar la cabeza., - si después de todas estas maniobras, el catéter no está permeable, se debe realizar una radiografía de tórax para descartar rotura, migración o bucle del catéter., y - si no existe ninguna de estas causas, será necesario recurrir a desobstruirlo mediante un fibrinolítico previa prescripción facultativa.
  - d) **Infección,** las que pueden ser:
    - ✓ Del punto de inserción: avisar al médico y recoger cultivo de la zona.
    - ✓ Del túnel subcutáneo y/o catéter: hemocultivos periféricos y del catéter.
    - ✓ Puede llegar a ser necesaria la retirada del sistema, siendo obligatoria en el caso de estafilococo aureus o cóndida.
  - e) **Necrosis,** la que puede producirse por: - permanencia prolongada de aguja o excesiva tensión en la piel que aloja el reservorio.
- **Riesgos o Complicaciones Poco Frecuentes:**
  - Migración del catéter.
- **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento.**
  - No iniciar tratamiento de Quimioterapia Intravenoso.



- **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo.**

Colocación de otros dispositivos o acceso venoso central

- **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

Alérgicos al dispositivo para la colocación del catéter Port

- **Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )**

- **Recomendaciones/Observaciones:**

- ✓ Las complicaciones del uso se minimizan si la manipulación del sistema se lleva a cabo por personal entrenado y formado.
- ✓ Un Port- A- Cath puede mantenerse funcionando durante años. Una vez finalizado el tratamiento, suele conservarse durante un tiempo prudencial.
- ✓ Registrar el procedimiento realizado, con Firma, Fecha y Hora de realización, la respuesta del paciente al procedimiento y cualquier evento/incidente relacionado con el mantenimiento del reservorio, así como la fecha del próximo sellado.



Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

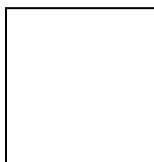
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_.

### **Declaro:**

Que el Personal de Enfermería/Médico \_\_\_\_\_ con registro de la especialidad CMP N° \_\_\_\_\_, y/o CEP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Apertura y Sellado del Catéter Port- A Cath**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente: **Doy mi Consentimiento para que se realice el Procedimiento de Apertura y Sellado del Catéter Port- A Cath.**

San Borja,..... de .....del 20.....



Huella Digital

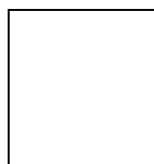
Firma del Representante Legal  
Responsable  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Lic. Enfermería  
CEP N° \_\_\_\_\_

## REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Procedimiento de Apertura y Sellado del Catéter Port- A Cath**, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja,..... de .....del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma de Lic. Enfermería Responsable  
CEP N° \_\_\_\_\_