

REPÚBLICA DEL PERÚ



## RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 26 de JULIO del 2023

## VISTOS:

El Memorando N° 000146-2023-DT-DICIR/INEN del Departamento de Cirugía en Tórax, el Informe N° 000378-2023-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000004-2023-CHC/INEN del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 000877-2023-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica;

## CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con Memorando N° 000146-2023-DT-DICIR/INEN, el Departamento de Cirugía en Tórax de la Dirección de Cirugía, remite al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el formato de "Consentimiento Informado para la Colocación de Catéter Port y Consentimiento Informado para la Colocación de Catéter Venoso Central, con el propósito de que continúen con los trámites para su revisión y aprobación correspondiente, a través del Informe N° 000378-2023-DNCC-DICON/INEN, emitido por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, se traslada el Memorando N° 000004-2023-



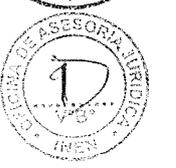
CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el cual se comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 30 de junio del año en curso, acordó, aprobar los formatos de consentimientos informados antes mencionados;



Que, de la revisión efectuada a los formatos de Consentimientos Informados, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);



Que, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;



Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Cirugía; Dirección de Control del Cáncer; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Departamento de Cirugía en Tórax, Comité de Historias Clínicas y de la Oficina de Asesoría, de conformidad con lo previsto en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA y conforme a las facultades conferidas mediante Resolución Suprema N° 016-2022-SA;



**SE RESUELVE:**



**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar el formato de “Consentimiento Informado para la Colocación de Catéter Port”, del Departamento de Cirugía en Tórax de la Dirección de Cirugía, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Aprobar el formato de “Consentimiento Informado para la Colocación de Catéter Venoso Central, del Departamento de Cirugía en Tórax de la Dirección de Cirugía, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.



**ARTÍCULO TERCERO.-** Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano ([www.gob.pe](http://www.gob.pe)), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ([www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



MG. FRANCISCO E.M. BERROSPÍ ESPINOZA  
Jefe Institucional  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Secretaría  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACION DE CATETER PORT

(Ley General de Salud N° 26842. RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Información del Procedimiento:

Es una técnica que consiste en la colocación de un catéter de acceso central vascular permanente con puerto reservorio subcutáneo en la región cervicopectoral o inguino-abdominal, según su estado y enfermedad. Para este procedimiento debe estar en posición decúbito dorsal (echado boca arriba), primero se realiza la limpieza y se colocan campos estériles, luego bajo guía ecográfica se introduce una guía metálica, se canaliza la vena y se introduce catéter de silicona y se retira dicha guía. El catéter se tuneliza debajo de la piel hacia la región pectoral (si el catéter se coloca en la ingle, el puerto se coloca en la región abdominal), donde se realiza un corte en la piel para el bolsillo en el tejido celular subcutáneo donde se ubicará el puerto. Se cierra piel con puntos de sutura.

El tipo de anestesia utilizado es local y/o general, de acuerdo a la condición del paciente. Durante el procedimiento se le administrará anestesia local (xilocaína 2%) y en el caso de requerir anestesia general, recibirá la evaluación e información por parte del médico anestesiólogo y firmará el consentimiento informado respectivo para dicho procedimiento.

Luego de la colocación del catéter se solicita una radiografía de tórax de control para corroborar la adecuada ubicación del catéter y ausencia de complicaciones inmediatas.

Este catéter tiene un tiempo de permanencia de aproximadamente 5 años y será retirado al término de su tratamiento según lo indicado por el departamento tratante.

### Objetivo:

El objetivo es obtener un acceso vascular seguro para el tratamiento médico y oncológico.

### Alternativas:

- Colocación de acceso venoso periférico
- Colocación de acceso venoso central temporal (CVC)

### Ventajas de realizar el procedimiento:

- Mejorar y facilitar el tratamiento de los pacientes oncológicos pediátricos y adultos que requieren un tratamiento prolongado.
- Puede usar el catéter port inmediatamente colocado.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

- No se podrán infundir determinados fluidos o medicaciones muy concentradas o irritantes a las venas periféricas.
- Se dificulta el tratamiento médico y oncológico de los pacientes pediátricos y adultos así como su adherencia al mismo.

### Riesgos reales y potenciales

- Riesgos Inmediatos *leves y frecuentes*: dolor zona operatoria, equimosis.
- Riesgos Inmediatos *infrecuentes* (<1%): Hematoma infección de herida operatoria y/o del catéter port, punción arterial, mala ubicación, embolia aérea, neumotórax, hemotórax, parocardiorespiratorio y hasta fallecimiento
- Riesgos Tardíos: trombosis asociada a catéter, colonización de catéter, bacteriemia - sepsis relacionada a catéter, embolismo de catéter, oclusión de catéter, choque de velocidad- sobrecarga circulatoria,

Ante la evidencia de alguna complicación inmediata el personal a cargo tomara la decisión oportuna para la resolución de la misma.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

**Anestésico local:** Xilocaína 2%: reacción alérgica, trastornos de sistema nervioso (miedo ansiedad, cefalea) disnea, sudoración, náuseas, vómitos, mareos temblores, taquicardia, palpitaciones palidez.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Después del procedimiento:

- Mantener apósitos de gasa por 3 días.
- No retirar esparadrapo de papel ubicado en herida operatoria.
- No realizar esfuerzos físicos ni levantar peso por 15 días.

En caso de presentar algún signo de alarma o complicación acudir al servicio de emergencia de INEN o de otra institución.



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

**COLOCACIÓN DE CATÉTER PORT**

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud y/o del paciente..
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

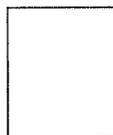
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de

**COLOCACIÓN DE CATÉTER PORT**

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Información del Procedimiento:

Es una técnica que consiste en la colocación de un catéter en una vena central (cercana al corazón). Se coloca por lo general a nivel del cuello y tórax superior, siendo los accesos más utilizados la vena yugular interna o subclavia. En otros casos se puede colocar en la región inguinal a través de la vena femoral. La elección del acceso dependerá de la anatomía del paciente y sus condiciones actuales de salud. El procedimiento se realiza con el paciente echado, se realiza la punción directa a la vena bajo guía ecográfica, se introduce una guía metálica que permitirá la introducción y direccionamiento del catéter. Posterior a su colocación se retira la guía y se fija el catéter a la piel. Para corroborar la correcta posición del catéter se tomará una radiografía de tórax posterior al procedimiento.

El tipo de anestesia local / general, dependiendo de la condición del paciente. En caso de requerir anestesia general, usted recibirá información por parte del médico anestesiólogo y firmará el respectivo consentimiento informado.

Este catéter es retirado antes de cumplir el mes de uso y/o en caso este culminado el tratamiento. Si requiere contar con un CVC por un periodo mayor de un mes, el paciente tendrá que ser programado para recambio de catéter.

### Objetivo:

El objetivo es obtener un acceso vascular seguro para la administración de medicamentos, fluidos, transfusiones sanguíneas, nutrición parenteral y quimioterapia.

### Alternativas:

Colocación de acceso venoso periférico.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Mejorar la calidad de vida de los pacientes que requieren un tratamiento prolongado.

Mantener un tratamiento seguro y controlado.

Evitar constantes y repetidas venopunciones periféricas.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

No se podrán infundir determinados fluidos o medicaciones muy concentradas o irritantes a las venas.

De no tener adecuados accesos venosos periféricos, el paciente no tendrá ninguna vía de administración de medicación.

### Riesgos reales y potenciales:

- *Riesgos inmediatos frecuentes:* Dolor en el sitio de punción, Equimosis.
- *Riesgos inmediatos infrecuentes:* Mala posición, Flebitis, Trombosis, Extravasación, Hematoma, Oclusión del catéter, Embolismo aéreo, Embolismo pulmonar, Embolismo por catéter, Choque de velocidad, Sobrecarga circulatoria, Edema pulmonar, Reacción alérgica. Punción arterial, Afectación nerviosa, Neumotórax, Hemotórax, Paro cardiaco e incluso fallecimiento.
- *Riesgos tardíos:* Colonización del catéter, Bacteriemia relacionada con el catéter, Sepsis relacionada al catéter. Trombosis venosa asociada a catéter.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Para la realización de este procedimiento se utiliza como fármaco anestésico local a la lidocaína al 2%, la cual puede tener como reacciones adversas locales: Eritema, Edema, Prurito, Rash cutáneo. A nivel sistémico se pueden presentar reacciones alérgicas y de tipo anafiláctico, excitación o depresión del sistema nervioso central, nerviosismo, confusión, mareo, vómitos, sensación de calor o frío, temblores, taquicardia, palpitaciones y arresto respiratorio.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Ante alguna complicación posterior, acudir por emergencia del INEN o de otra institución de salud.



PERU

SECTOR  
SAÚDE

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

### COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

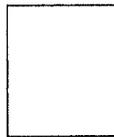
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de

### COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....