

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 16 de NOVIEMBRE del 2023

VISTOS:

El Informe N° 000859-2023-DICON/INEN, de la Dirección de Control del Cáncer, el Memorando N° 002449-2023-OGPP/INEN, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 000258-2023-OO-OGPP/INEN, de la Oficina de Organización, el Informe N° 000783-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Informe N° 000055-2023-UFPV-DT-DICIR/INEN, de la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares y el Informe N° 001546-2023-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;


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, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba el documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", y en su numeral 6.1.3 "Guía Técnica" señala que es: *El Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica;* y con Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;


Que, mediante Informe N° 000055-2023-UFPV-DT-DICIR/INEN, la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares, remite la "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS", el cual tiene como finalidad garantizar un procedimiento de acceso vascular eficiente, seguro y oportuno en el paciente oncológico pediátrico y adulto, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para su revisión y aprobación;




Que, con Memorando N° 002449-2023-OGPP/INEN, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, alcanza el Informe N° 000258-2023-OO-OGPP/INEN, mediante el cual la Oficina de Organización, emite Opinión Técnica Favorable para la aprobación de la "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS";




Que, a través del Informe N° 000859-2023-DICON/INEN, la Dirección de Control del Cáncer, alcanza, el Informe N° 000783-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, mediante el cual da su conformidad para que se continúe con el proceso de aprobación de la "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS", elaborado por la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares del Departamento de Cirugía en Tórax de la Dirección de Cirugía;



Que, tomando en cuenta el sustento técnico, emitido por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, se aprecia que la Oficina de Organización, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y la Dirección de Control del Cáncer, han revisado y emiten opinión técnica favorable al proyecto en mención, el mismo que recomiendan su aprobación;




Que, con documento de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual cumple con formular y visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;



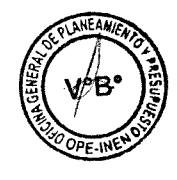
Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, Gerencia General, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Oficina de Organización, Dirección de Control del Cáncer, Dirección de Cirugía, la Dirección de Medicina, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Departamento de Enfermería, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;



SE RESUELVE:



ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS", elaborado por la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares del Departamento de Cirugía en Tórax de la Dirección de Cirugía, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

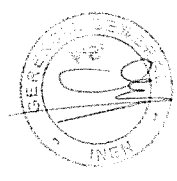


ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE.



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

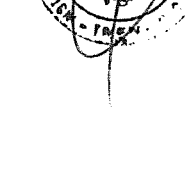
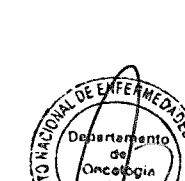
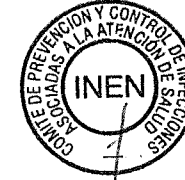




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



<p align="center">GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p>Código: GT.DNCC.INEN.011</p>
<p>Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax</p>	<p>Implementación 2023</p>	<p>Versión V.01</p>

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

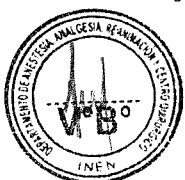
UNIDAD FUNCIONAL DE PROCEDIMIENTOS VASCULARES

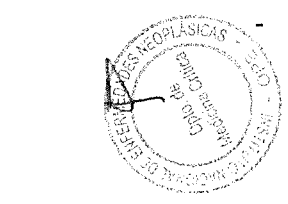
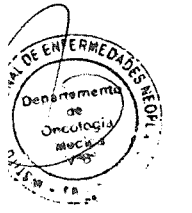
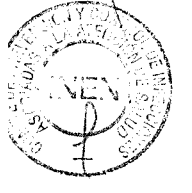
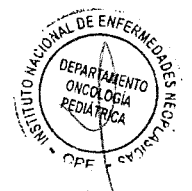
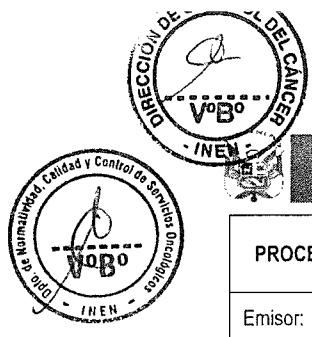
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN TÓRAX

DIRECCIÓN DE CIRUGÍA

Lima – Perú
2023

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdt@inen.sld.pe





GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT.DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

Mg. Francisco Berrospi Espinoza
Jefe Institucional

M.C. Adela Heredia Zelaya
Sub jefe Institucional

M.C. Gustavo Sarria Bardales
Director General de la Dirección de Control del Cáncer

M.C. Víctor Castro Oviden
Director General de la Dirección de Medicina

Dr. Carlos Emilio Luque Vásquez Vásquez
Director General de la Dirección de Cirugía

M.C. María Eugenia Guillen Zeballos
Directora Ejecutiva del Departamento de Cirugía en Tórax

Mg. María Ibis Rivera Morales
Directora Ejecutiva del Departamento de Enfermería

Elaborado por la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares del Departamento de Cirugía en Tórax

- M.C. Gaby Marisol Guerrero Villa

Revisión y Validación:

Departamento de Cirugía en Tórax

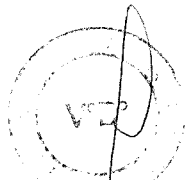
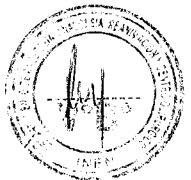
- Dr. Edgar Amorin Kajatt

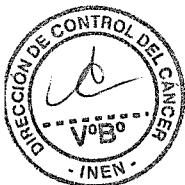
Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares del Departamento de Cirugía en Tórax

- M.C. Claudia Pamela Tejada Silva

Departamento de Enfermería

- Mg. María Ibis Rivera Morales





PERÚ Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA		Código: GT.DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01



Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

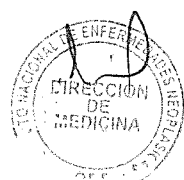
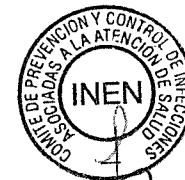
- M.C. Essy Milagros Maradiegue Chirinos
- Mg. Carmela Barrantes Serrano

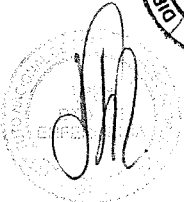


Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

Oficina de Organización

- Mg. Angel W. Ríquez Quispe
- Mg. Douglas Antonio Mayta Vivar





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V,01

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y ADULTO

I. FINALIDAD

Garantizar un procedimiento de acceso vascular eficiente, seguro y oportuno en el paciente oncológico pediátrico y adulto.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar criterios para proveer de acceso vascular central al paciente oncológico pediátrico y adulto según su requerimiento.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

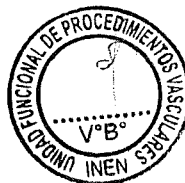
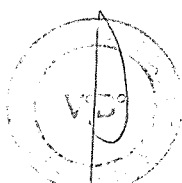
- 2.1. Establecer las actividades, equipo y material que debe utilizarse durante la instalación, mantenimiento y retiro de los dispositivos de acceso vascular.
- 2.2. Describir el procedimiento de manejo óptimo de los accesos vasculares para asegurar que la terapia intravenosa cumpla con los requisitos establecidos de calidad en la atención del paciente oncológico.
- 2.3. Establecer un sistema de monitoreo de los eventos adversos del procedimiento y del mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular en el paciente oncológico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en la presente Guía Técnica son de cumplimiento necesario para el personal asistencial que labora en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN. Y puede ser de aplicación para otras Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) a nivel nacional.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 31336, Ley Nacional de Cáncer.
- Ley N° 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos.
- Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN. Cuya vigencia fue restituida mediante Ley N° 30545.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.





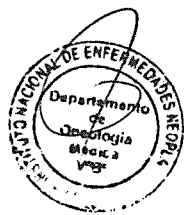
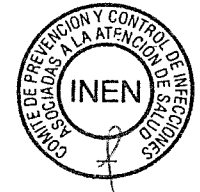
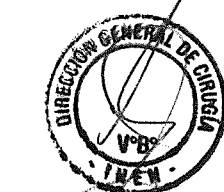
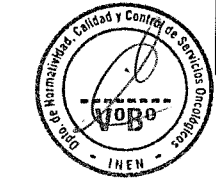
PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		<table border="1"> <tr> <td>Implementación 2023</td> <td>Versión V.01</td> </tr> </table>	Implementación 2023	Versión V.01
Implementación 2023	Versión V.01			



- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Ley N° 31041, Ley de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y Adolescente.
- Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital y su modificatoria.
- Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de Telesalud.
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, que calificó al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN como Órgano Público Ejecutor y sus actualizaciones mediante D.S. N° 058-2011-PCM y D.S. N° 097-2021-PCM.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 024-2021-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente.
- Decreto Supremo N° 004-2022, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer y su disposición complementaria transitoria D.S. N° 001-2023-SA.
- Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 101- MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia".
- Resolución Ministerial N° 1003-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024).
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"
- Resolución Ministerial N° 633-2023/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios- SIMMED", modificada mediante Resolución Ministerial N° 862- 2019/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
 Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdt@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

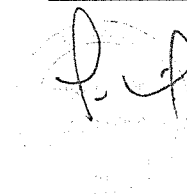
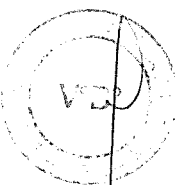
- Resolución Jefatural N° 037-2014-J/INEN, que aprueba la modificación del Manual de Procedimientos del Proceso Asistencial N° 04 "Tratamiento Quirúrgico".
- Resolución Jefatural N° 031-2018-J/INEN, que aprueba la actualización de la "Cartera de Servicios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Categoría III-2".
- Resolución Jefatural N° 762-2018J/INEN, que aprueba el Manual de Bioseguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- INEN.
- Resolución Jefatural N° 276-2019-I/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN".
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N° 284-2016-J/INEN, Aprueban el documento técnico normativo denominado: Actualización del manual de organización y Funciones de la Dirección de Cirugía- INEN.
- Resolución Jefatural N° 166-2020-J/INEN, que aprueba la Guía Técnica: Gestión del cuidado de enfermería en el manejo de extravasación de agentes antineoplásicos.
- Resolución Jefatural N° 345-2020-J/INEN, que aprueba el Documento Técnico: Recomendaciones para transfusión de hemocomponentes de emergencia en el paciente oncológico.

V. TERMINOS Y DEFINICIONES:

5.1. ASPECTOS CONCEPTUALES:

5.1.1. ABREVIATURAS

ESMO	European Society for Medical Oncology
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
GT	Guía Técnica
EV	Endovenoso
SC	Subcutáneo
SVCS	Síndrome de Vena Cava Superior
FR	French
PVC	Presión Venosa Central
ETI	Equipos de Terapia de Infusión
PICCs	Peripherally Inserted Central Catheters





GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

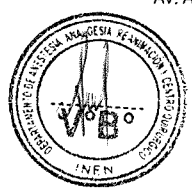
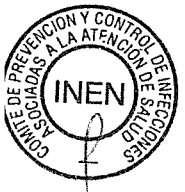
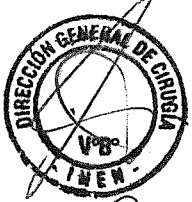
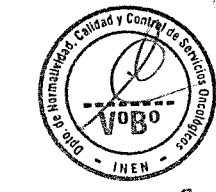
NPT	Nutrición Parenteral Total
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVP	Trombosis Venosa Profunda
DAVC	Dispositivo de Acceso Venoso Central
TP	Tiempo de Protrombina
TTPa	Tiempo parcial de tromboplastina activada
INR	Índice internacional normalizado
ASA	Sociedad Americana de Anestesiología

5.1.2. DEFINICIONES:

A) Catéter Venoso -. Dispositivo biocompatible, radio opaco, que puede ser suave o rígida, larga o corta dependiendo del diámetro o tipo de vaso sanguíneo en el que se instale; se coloca a nivel intravascular para la obtención de sangre u/o administración de fluidos

Tipos: Pueden ser mono, doble o triple lumen. El sitio elegido para la inserción, la edad y condición clínica del paciente, la indicación de terapia de infusión exclusiva o la necesidad de realizar aféresis de algún tipo, el tiempo de tratamiento, entre otros, son las variables que determinaran la elección del tipo de catéter a utilizar. Se clasifican en cuatro tipos principales (1,2):

- 1. Tunelizados:** Son catéteres venosos semi-implantes y de silicona de larga duración, colocados por técnica "peel – away". Algunos están provistos de un cojín de implantación o cuff que tiene por intención fijar el catéter al tejido celular subcutáneo.
- 2. No tunelizado:** Son de silicona o de poliuretano, semi-implantable. Los rígidos no llevan cuff y se colocan por técnica de Seldinger.
- 3. Implantables:** Estos son de gran importancia en oncología, quedan por debajo de la piel. Son de fácil mantenimiento. Actualmente se recomienda que el catéter sea de silicona y la cámara de titanio, a pesar de que existen de otros materiales (otros metales o plástico) y que el equipo contenga el set introductor. Se accede al reservorio a través de la piel intacta con una aguja específica (3).
- 4. PICCs:** Se colocan a través de una vena periférica (es decir, vena basilica, vena braquial o, con menos frecuencia, vena cefálica) del brazo en la vena cava superior (VCS). Su principal limitación es más corta longevidad, debido a un mayor riesgo de trombosis.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

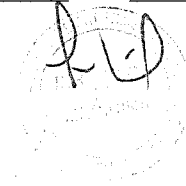
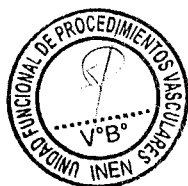
B) Accesos

B.1. Acceso Venoso Central Temporal: Este acceso usa un catéter venoso central que se introduce en los grandes vasos venosos del tórax o en la cavidad cardiaca derecha, con fines diagnósticos o terapéuticos. La finalidad es proporcionar un acceso directo en una vena de grueso calibre para hacer grandes aportes parenterales, mediciones hemodinámicas o cubrir situaciones de emergencia. Así mismo para infundir simultáneamente distintas perfusiones incompatibles a través de lúmenes separados.

B.2 Acceso Venoso Central Permanente: Este acceso usa un catéter permanente que permite la canalización de grandes vasos sanguíneos venosos en pacientes que requieren terapia intravascular prolongada. Se realiza con la finalidad de reducir el número de venopunciones traumáticas a pacientes que requieren tratamientos prolongados, evitar los daños por extravasación y necrosis, disminuir el dolor y la ansiedad del paciente, favorecer la comodidad del paciente, así como, la calidad de vida. La instalación de este tipo de catéteres se debe realizar en el área quirúrgica [II, B] (4,5).

5.1.3. OTRAS DEFINICIONES:

TÉRMINO	DEFINICIÓN
ACCESO VENOSO PERIFÉRICO	Abordaje de una vena distal a través de la punción de la misma.
ANTISEPSIA	Uso de un agente químico en la piel u otros tejidos vivos con el propósito de inhibir o destruir microorganismos.
ANTISÉPTICO	Sustancia antimicrobiana que se aplica en la piel para reducir el número de la flora microbiana presente
ASEPSIA	Condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones
APÓSITO TRANSPARENTE SEMI-PERMEABLE	La película de poliuretano adherente y estéril utilizada para cubrir la zona de inserción del catéter, que permite la visibilidad y el intercambio gaseoso.
ARRITMIAS	Es un cambio en el ritmo de los latidos del corazón. Se manifiesta como un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco, como latidos demasiado rápidos (taquicardia), demasiado lentos (bradicardia) o con un patrón irregular.
ASEPSIA DEL CATÉTER	Procedimiento para mantener limpio y libre de contaminación el área o dispositivo de acceso vascular (DAV) donde se encuentra instalado el catéter.
ESTÉRIL	Condición que asegura un estado libre de microorganismos.

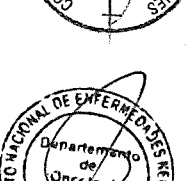
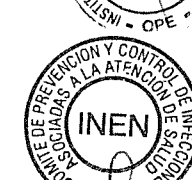
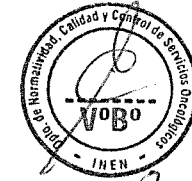




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

FLEBITIS QUÍMICA	Es la irritación del endotelio vascular causada por un fluido y/o medicamentos.
FLEBITIS MECÁNICA	Reacción inflamatoria que se manifiesta por la irritación de la capa íntima de la vena causada por el catéter.
FRENCH	Término utilizado para denominar el grosor de los catéteres largos y se expresa como (Fr).
LIMPIEZA	Eliminación mecánica de los contaminantes de una superficie
MANIOBRA DE VALSALVA	Es un esfuerzo para exhalar sin dejar que escape aire por la nariz o por la boca.
OBSTRUCCIÓN DE CATETER	Obliteración de la luz del conducto intraluminal del catéter
PERFORACIÓN DEL CATÉTER	Pérdida de la continuidad de la pared del catéter provocando la salida del líquido a perfundir al exterior
ROTURA DEL CATÉTER	Es la disrupción de la continuidad del catéter que se produce por múltiples causas.
TÉCNICA ÉSTERIL	Procedimiento libre de contaminación para la instalación de un catéter.
TÉCNICA DE BARRERA MÁXIMA	Conjunto de dispositivos para la realización de algún procedimiento, que requieren una protección completa y el uso de: gorro, cubrebocas, lavado quirúrgico de manos, guantes estériles, bata estéril, y campos estériles
CONEXIONES LUER-LOK™	Puerto de conexión para cierre de catéteres en hemodiálisis y otros catéteres venosos centrales

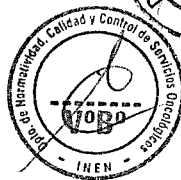
5.2. CONSIDERACIONES GENERALES

5.2.1. INDICACIONES PARA ACCESO VASCULAR CENTRAL

Las indicaciones más frecuentes del acceso vascular central son (6):

- Pacientes oncológicos pediátricos y adultos que requieren la administración de soluciones potencialmente dañinas para el endotelio y/o vesicantes y/o irritantes y grandes volúmenes de soluciones para reanimación
- Fármacos con osmolaridad >500 mOsm/L y NPT con osmolaridad >900mOsm/L
- Soluciones con pH < 5 o pH > 9
- Pacientes clínicamente inestables con regímenes de infusión complejos (Infusiones múltiples) o que necesiten infundir grandes cantidades de fluido.
- En casos de retiros diarios del acceso venoso periférico con terapia prolongada
- Monitorización hemodinámica





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

- Procedimientos de recambio sanguíneo
- Pobre acceso venoso periférico
- Para fines diagnósticos y terapéuticos, para monitorización de presión venosa central, presión capilar - pulmonar, cateterismo cardiaco, entre otros.

5.2.2. VENTAJAS

- Acceso continuo a una vena de gran calibre (subclavia, yugular interna)
- Evita el desgarro y flebitis por el uso de venas periféricas.
- Proporciona al paciente la libertad de utilizar los brazos durante todo el tratamiento intravenoso.
- Puede mantener distintas perfusiones simultáneas o perfundir con seguridad soluciones incompatibles a través de lúmenes separados.
- El lumen distal puede proporcionarnos mediciones de la PVC.
- Cualquiera de los lúmenes puede utilizarse para extraer muestras de sangre.

5.2.3. DESVENTAJAS

- Las desventajas van asociadas a las complicaciones potenciales que se describirán a detalle más adelante, tales como mal funcionamiento del dispositivo, infecciones y trombosis que prolongan los días de hospitalización, incrementan los costos y que en algunos casos requiere de un manejo adicional (antibióticos, antifúngicos, heparina) o la remoción del catéter (6,7).

5.2.4. CONTRAINDICACIONES

- Lesiones cutáneas o infección en el sitio de punción: esta es una contraindicación relativa puesto que se tiene diferentes puntos de acceso.
- Trombosis de la vena de acceso
- Trastorno de coagulación, plaquetopenia severa.
- Tumoración mediastinal: es una contraindicación para el acceso vascular cuyo extremo se ubique en vena cava superior, por lo que debe accederse por vía femoral incrementando el riesgo de infección y trombosis [I, A] (1,8).

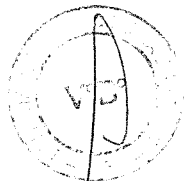
VI. RECURSOS E INSUMOS

6.1 RECURSO HUMANO

Para este procedimiento se requiere:

- Médico (a) especialista en Cirugía Oncológica o Cirugía Cardiovascular.
- Enfermera especialista en oncología.
- Técnica (o) de enfermería.

Se recomienda que todo el personal tenga capacitación periódica para el mantenimiento y actualización en competencias referentes al manejo de dispositivos de acceso vascular central [II, A] (6,9).





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



<p align="center">GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p>Código: GT. DNCC.INEN.011</p>
<p>Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax</p>	<p>Implementación 2023</p>	<p>Versión V.01</p>



6.2 RECURSOS Y MATERIAL MEDICO

6.2.1. Recursos Biomédicos

- a) Monitor multiparámetro para monitorización de funciones vitales de paciente: frecuencia cardiaca, pulsioximetría, presión arterial.
- b) Ecógrafo con transductor plano en fase vascular.
- c) Camilla quirúrgica con facultades para elevar, descender y realizar posición trendelenburg y anti trendelenburg.
- d) Equipo de electrocauterio en el caso de catéter port.

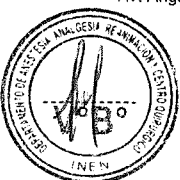
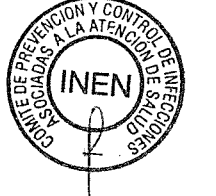
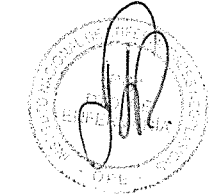
6.2.2. Material quirúrgico e insumos médicos

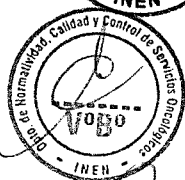
6.2.2.1. Para Colocación de Catéter Venoso Central

- 1. SET de insumos catéter venoso central ya sea pediátrico o adulto según el caso **(ver Anexo 1 y 2)**.
- 2. Kit estéril de instrumental de colocación de catéter venoso central pediátrico o adulto **(ver Anexo 3)**.
- 3. Campo estéril fenestrado grande de 1.60 x 1.30 metros con una fenestra de 12 cm de diámetro
- 4. Mesa quirúrgica de Mayo
- 5. Mandil o bata antifluido quirúrgica estéril
- 6. Mascarilla, gorro y botas quirúrgicas descartables.
- 7. Esparadrapo hipoalergénico
- 8. Manga estéril para ecógrafo

6.2.2.2. Para Colocación de Catéter Port

- 1. SET de catéter port ya sea pediátrico o adulto según sea el caso **(ver Anexo 4 y 5)**.
- 2. Kit estéril de instrumental de colocación de catéter port **(ver Anexo 6)**.
- 3. Campo estéril fenestrado grande de 1.60 x 1.30 metros con una fenestra de 12 cm de diámetro
- 4. Mesa quirúrgica de Mayo.
- 5. Mandil o bata antifluidos quirúrgica estéril
- 6. Mascarilla, gorro y botas quirúrgicas descartables.
- 7. Esparadrapo hipoalergénico
- 8. Manga estéril para ecógrafo





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

6.3 EVENTO DEL INGRESO PARA EJECUTAR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Para realizar el procedimiento quirúrgico, se requiere que el paciente tenga conocimiento de la intervención quirúrgica que se realiza en cada una de sus etapas.

6.3.1. Programación, asignación de recursos humanos y materiales para la intervención quirúrgica

- Evaluación cuidadosa del historial médico del paciente: diagnóstico, plan de manejo, duración prevista del tratamiento intravenoso
- Se toma en cuenta la edad y el peso del paciente para la elección del DAVC principalmente en pacientes pediátricos (10) (Tabla N° 1)

Tabla N° 1: Catéteres recomendados en pediatría según peso y localización

EDAD	PESO	CALIBRE	FEMORAL	YUGULAR/ SUBCLAVIA
<1-2 años	< 12 Kg	4 Fr	13-30 cm	5-8 cm
2-6 años	12-25 Kg	5- 5.5 Fr	30 cm	8-13-15 cm
>7 años	> 25 Kg	7 Fr	30-50 cm	15-20 cm

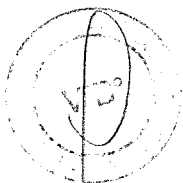
Regla nemotécnica: 1Fr=0.33mm

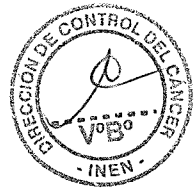
Calibre <1/3 diámetro del vaso: el n° de mm del diámetro medido=n° de Fr del catéter

- Considerar preferencia del paciente por el tipo o ubicación del DAVC (especialmente en el caso de pacientes adolescentes).
- Evaluación física del paciente que contribuya a evidenciar lesiones que contraindiquen la inserción del DAVC (6).
- Solicitar exámenes pre operatorios: Hemograma completo y Perfil de coagulación (11).
- Evaluación pre operatoria anestesiológica si el paciente requiere procedimiento con sedación, principalmente en pacientes oncológicos pediátricos, previa firma del consentimiento informado (**ver Anexo 7**)
- Evaluación de otros riesgos si el paciente lo requiere (6,7).
- Programación de la intervención quirúrgica.
- Llenado y firma del consentimiento informado (**ver Anexo 8 y 9**).

6.3.2. Preparación Intraoperatoria

- Recepción del paciente en sala de operaciones (Pacientes con ASA III a más) o en salas de cirugía ambulatoria.
- Colocar el brazalete de identificación.
- Aplica la Lista de verificación check list (**ver Anexo 10**)
- Valoración de enfermería.





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

- Posicionamiento del paciente para el procedimiento en trendelenburg (a excepción de los pacientes que sean tributarios del acceso femoral)
- Sedación por anestesiología si el paciente lo requiere.
- Lavado de manos quirúrgico.
- Asepsia se zona operatoria o de inserción.
- Lavado quirúrgico del sitio operatorio.
- Colocar los campos estériles
- Realizar el reporte operatorio (ver Anexo 11)
- Registro de la hoja de consumo (ver Anexo 12)

6.3.3. Preparación post operatoria

- Fase de recuperación de la sedación
- Monitorización del paciente en sala de operaciones
- Traslado del paciente a recuperación
- Monitorización en recuperación

VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

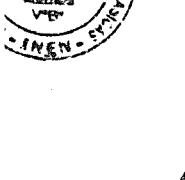
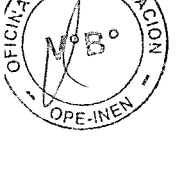
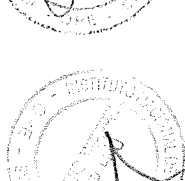
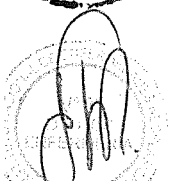
7.1. FASE PRE OPERATORIA

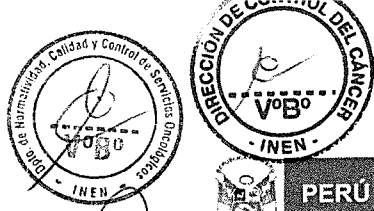
7.1.1. Selección de pacientes

El médico especialista en cirugía oncológica o cirugía cardiovascular capacitado en la colocación de DAVC atiende al paciente en consultorio externo y determina si es tributario del procedimiento de colocación del dispositivo de acceso venoso central, temporal o permanente.

En los pacientes oncológicos pediátricos y adultos se recomienda obtener previamente al procedimiento, hemograma y perfil de coagulación que incluyan: TP, INR, TTPa (11). En pacientes con indicación de procedimientos de acceso vascular central que tengan plaquetopenia se recomienda la transfusión de plaquetas hasta un umbral de 40-50 x 10⁹ µL (11,12). Para la colocación o el retiro de un catéter venoso central en casos de emergencia se recomienda la transfusión profiláctica de plaquetas cuando presenten un umbral ≤ 20x 10⁹ µL con perfil de coagulación normal (13). Si no es posible transfundir al paciente (por diversas razones: situación de urgencia, falta de productos, etc.) puede intentarse colocar el catéter mediante abordaje de la vena yugular externa (que no está contraindicado en casos de coagulopatía); cuando no existe la anatomía adecuada, puede intentarse un abordaje yugular interno ya que es más fácil de comprimir en caso de hematoma o punción arterial (14). En pacientes con indicación de procedimientos de emergencia con probable sangrado moderado o severo se recomienda la administración profiláctica de ácido tranexámico (15). Para procedimientos programados como en el caso de la colocación de catéter port se debe optimizar valores comparados a cualquier otro procedimiento quirúrgico.

Se solicita evaluación pre anestésica según el paciente lo requiera y se realiza una comunicación fluida y oportuna con el paciente y familiares absolviendo todas las dudas, posteriormente se deja programada la fecha del procedimiento.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

Evaluación pre anestésica: El médico especialista en anestesiología realiza la evaluación de los factores de riesgo y define el ASA (16) en consultorio externo, pudiendo suspender la intervención de acuerdo a los Documentos Normativos vigentes locales o nacionales.

7.1.2. Información General del Paciente

El paciente, apoderado o su representante legal debe estar debidamente informado por el Médico (cirujano) respecto a la indicación quirúrgica, procedimiento y posibles complicaciones que se podrían presentar, se le informa sobre la evolución habitual desde que ingresa hasta el alta definitiva, se absuelven sus preguntas para posteriormente proceder con la firma y colocación de la huella digital en el consentimiento informado para el procedimiento planteado (ver Anexo 8 y 9).

El médico especialista en anestesiología informará al paciente sobre la técnica anestésica a emplear y los riesgos potenciales derivados de la misma para luego proceder con la firma del consentimiento informado anestésico (ver Anexo 7).

7.2. FASE QUIRÚRGICA

La colocación y retiro del catéter venoso central y el catéter Port lo realiza el médico especialista en cirugía oncológica o cirugía cardiovascular con experiencia en la colocación y retiro de accesos vasculares temporales o permanentes tanto en pacientes adultos y en pacientes pediátricos.

El acceso venoso inicial puede llevarse a cabo utilizando el abordaje abierto o percutáneo (17). En muchos pacientes pediátricos los DAVC se colocan mediante incisión venosa, esta técnica se asocia a diversas complicaciones (infecciosas y mecánicas), requiere de habilidades quirúrgicas especializadas y tiene mayores costos de realización por lo que debe desaconsejarse enfáticamente [I, A] (18–20).

La técnica percutánea guiada por ecografía es el estándar de oro para la inserción del DAVC ya que permite localizar la vena, estudiar sus características (curso, calibre, presencia de valvas/formaciones endoluminales), medir la distancia de las mismas a la superficie cutánea, orientar el camino de la aguja y controlar también la introducción de la guía en tiempo real [I, A] (21–26). Los ensayos controlados y aleatorizados que comparan la ecografía 2D con el abordaje del punto de referencia superficial para localizar la vena yugular interna informan una mayor tasa de éxito en el primer intento de inserción para la ecografía 2D [II, C] (27). La canalización bajo visión indirecta en tiempo real con guía ecográfica en plano es el estándar de oro [II, A] (6).

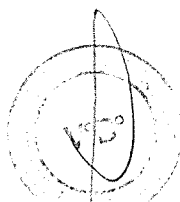
La técnica empleada para la cateterización percutánea de los vasos sanguíneos es la técnica de Seldinger.

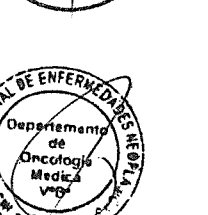
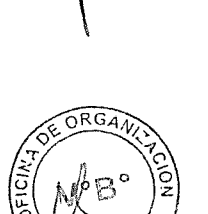
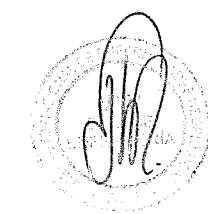
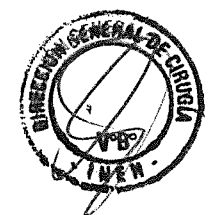
7.2.1. TÉCNICA DE SELDINGER

Consiste en la introducción de una guía metálica flexible por la luz de la cánula con la que se ha realizado la punción del vaso.

• **Descripción de la Técnica**

- Utilizar una aguja 20G para ubicar la vena, en el caso de los niños se recomienda una aguja de pequeño calibre 21G.
- Al entrar en la vena se procede a retirar la jeringa y a través de la aguja se pasa una guía metálica flexible.





<p align="center">GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p align="center">Código: GT. DNCC.INEN.011</p>
<p>Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax</p>	<p align="center">Implementación 2023</p>	<p align="center">Versión V.01</p>

- Luego se retira la aguja y la guía sirve para dirigir la introducción del dilatador y del catéter en la vena.
- Se retira la guía metálica dejando el catéter permeable en su lugar.

• Ventajas

- Limitaciones del daño a la pared del vaso y estructuras vecinas
- La inserción del catéter sobre una guía metálica asegura que el sitio de punción en el vaso no será mayor al diámetro del catéter, reduciendo, por lo tanto, el riesgo de sangrado en el sitio de punción.

• Desventajas:

- El personal debe estar capacitado con el uso de la técnica de Seldinger.

7.2.2. INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

Se recomienda el uso de paquetes con listas de chequeo : check list – Care Bundle (ver Anexo 10) para el manejo seguro de los dispositivos de acceso venoso central en el paciente oncológico pediátrico y adulto [II, A] (28–31)

Los sitios principales de elección son las venas yugular interna, yugular externa y subclavia. Otros posibles sitios de acceso incluyen: la vena cefálica en el surco deltopectoral, la vena axilar y la vena femoral (7).

No hay pruebas suficientes para recomendar un sitio de inserción específico, pero se debe evitar la vena femoral a menos que haya una contraindicación para los otros sitios (por ejemplo SVCS, pacientes con mastectomía que hayan tenido disección radical de axila bilateral, etc), debido al mayor riesgo de infección y preocupaciones sobre la trombosis [I, A] (1,32).

En el caso de pacientes oncológicos pediátricos se recomienda la inserción de catéteres en las venas supraclaviculares, ya que son de mayor calibre, lo que garantiza una mayor seguridad del procedimiento. Se recomienda que la relación entre el calibre del catéter y el diámetro de la vena no supere 1/3 [II, A] (6,33–36).

Se recomienda utilizar el DAVC con el menor número de lúmenes en la medida de lo posible, los DAVC de lumen múltiple deben insertarse solo en unos pocos pacientes seleccionados, en función de la necesidad del paciente y del programa terapéutico, ya que se asocian a mayor riesgo de infección por la manipulación múltiple [A] (8,37,38).

Esta recomendado el uso de clorhexidina al 2% en alcohol isopropílico al 70% para la desinfección de la piel antes de la inserción de los DAVC, esto reduce el riesgo de contaminación microbiana [I, A] (21,39,40). No se recomienda la profilaxis antimicrobiana para prevenir la colonización del catéter, antes de la inserción o durante el mantenimiento de los DAVC [I, A] (8,37,41). En pacientes donde exista contraindicación para el uso de la clorhexidina se puede usar povidona yodada o alcohol (42)

Se utiliza la posición de Trendelenburg con el fin de ingurgitar los vasos venosos y reducir el riesgo de embolismo aéreo (43,44).

Se recomienda la descripción detallada sobre el sitio de inserción, tipo de dispositivo de acceso venoso central , el material del catéter y la longitud que se introduce para que sea accesible al personal que maneja al paciente oncológico pediátrico o adulto [I, A] (6).

A continuación, se describe la técnica de las vías de abordaje del acceso venoso central usando la técnica de Seldinger.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023 Versión V.01

A) VENA SUBCLAVIA

- Es el sitio más frecuentemente utilizado para acceso venoso central.
- Puede accederse a la vena por encima o por debajo de la clavícula.

• Ventajas

- Fácil inserción
- Confort del paciente
- Especial para pacientes de cuello corto y obesos

• Desventajas

- Riesgo de neumotórax (1- 2% de los intentos de inserción)
- Riesgo de punción de la arteria subclavia (1% de los intentos de inserción)

• Anatomía

La vena comienza en el borde externo de la primera costilla. Corre por debajo de la clavícula hasta que se une con la vena yugular interna detrás de la unión esternoclavicular y descansa sobre la clavícula en el sitio de inserción del esternocleidomastoideo de la cabeza clavicular.

• Técnica de Inserción

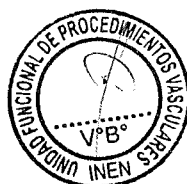
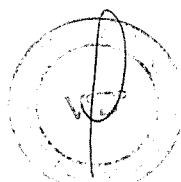
Colocar al paciente en posición supina con los brazos a los lados y un campo (almohadilla) en la región dorsal, con la cabeza levemente girada hacia el lado opuesto del sitio de inserción.

a.1. Abordaje Infraclavicular

- Identificar la inserción del músculo esternocleidomastoideo en la clavícula.
- Preparar el área y utilizar anestesia local adecuada.
- Insertar la aguja debajo de la clavícula en un punto lateral a la inserción muscular.
- La aguja debe ser introducida con el bisel hacia arriba, avanzando en forma horizontal a una línea trazada entre los dos hombros.
- Mantener el trayecto de la aguja justamente por debajo de la clavícula.
- Cuando se punza la vena, gire el bisel de la aguja hacia las 3 en sentido horario de tal forma que la guía entrará en la dirección de la vena cava superior.

a.2. Abordaje Supraclavicular

- Identificar la inserción clavicular del músculo esternocleidomastoideo
- El músculo y la clavícula forman un ángulo en el punto donde se encuentran.
- Se inserta la aguja en este punto.
- Mantener el bisel de la aguja hacia arriba y una vez penetrada la piel, elevar la jeringa 15 grados hacia arriba en el plano coronal e iniciar el avance de la misma.
- La vena debe ser encontrada a 1 o 2 cm de la superficie.





PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

B) VENA YUGULAR INTERNA

- **Ventajas**
 - Mínimo riesgo de neumotórax.
 - Preferible al acceso subclavio en pacientes con hiperinflación o sometidos a ventilación mecánica.
- **Desventajas**
 - Mayor riesgo de punción de la arteria carótida (2 – 10%) por esta razón no se recomienda cuando la cuenta de plaquetas es menor a 50,000/mm³, o el tiempo de protrombina está 3 segundos por encima del control en pacientes estables.
 - Movilidad cervical limitada.
 - Mayor riesgo de contaminación (traqueostomía, etc.).
- **Anatomía**

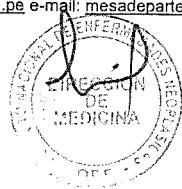
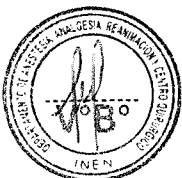
La vena corre hacia abajo por detrás del músculo esternocleidomastoideo, siguiendo un curso oblicuo en relación al músculo. Con la cabeza volteada hacia el lado opuesto, la vena sigue un trayecto recto desde la pina del oído hasta la unión esternocleidomastoideo. La vena se encuentra en la vaina Carotídea lateral al nervio vago y la arteria carótida, en ese orden.
- **Técnica de Inserción**
 - Se prefiere el lado derecho ya que la vena directamente a la aurícula derecha.
 - El lado izquierdo tiene mayor riesgo de daño al conducto torácico.
 - El paciente debe colocarse en posición supina o Trendelenburg con los brazos a los lados y la cabeza girada hacia el lado contrario al sitio de inserción.

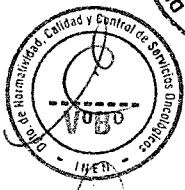
b.1. Abordaje anterior

- Identificar el triángulo formado por las dos cabezas del esternocleidomastoideo.
- Palpar la arteria carótida en el ápice del mismo.
- Retraer la arteria medialmente e insertar la aguja en el ápice del triángulo, con el bisel hacia arriba.
- Avanzar la aguja en un ángulo de 45° con la piel en dirección de la mamila.
- Si la vena no se encuentra hasta una profundidad de 5cm, retire la aguja y mueve la misma unos grados lateralmente y repita el proceso.
- Una vez canalizado el vaso, verificar si se trata de sangre venosa.
- Cuando se pulsa la arteria carótida no deberán hacerse nuevos intentos en ningún lado por la posibilidad de complicaciones serias.

b.2. Abordaje Posterior

- Tiene menor riesgo de punción arterial
- Identificar la vena yugular externa en la superficie del esternocleidomastoideo
- Ubicar el punto en donde la vena cruza sobre el borde lateral del músculo
- El punto de inserción es 1 cm, por encima de éste.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

- Coger el cuerpo muscular e insertar la aguja en dirección de la horquilla esternal justo por debajo del cuerpo del músculo esternocleidomastoideo, en un ángulo de 15° hacia arriba
- Se debe encontrar la vena a 5 o 6 cm de la superficie de la piel.

C) VENA FEMORAL

• Ventajas

- No hay riesgo de neumotórax
- Fácil acceso
- Vaso grande
- Fácil de localizar
- Preferible a los accesos cervicales en pacientes con hiperinflación o sometidos a ventilación mecánica, así como pacientes con SVCS.

• Desventajas

- Trombosis de la vena femoral (21%)
- Infección de sitio de punción y colonización del catéter (14-20%)
- Punción de la vena femoral (15%)
- Desgarro de la vena femoral
- Mal – posición o desvío hacia ramas ilíacas, vena lumbar ascendente.
- Disminuye la movilidad del paciente
- La curación puede ser problemática.

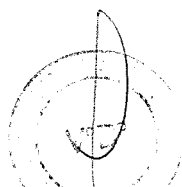
• Anatomía

La vena femoral se encuentra paralela y medial a la arteria (1-1,5 centímetros), debajo de la fascia muscular. La vena femoral comienza a nivel del hiato aductor (donde termina la vena poplítea) y se continua (en dirección cefálica) y se convierte en la vena iliaca externa a nivel del ligamento inguinal. Para localizarla, se debe identificar el triángulo femoral donde se encuentra la arteria y la vena homónimas. Dicho triángulo está conformado por el ligamento inguinal (borde superior), el músculo aductor largo (borde medial) y el músculo sartorio (borde lateral).

Dentro del triángulo femoral se encuentra la arteria femoral, que se identifica de manera característica por la presencia del pulso arterial. La vena femoral se encuentra medial a la arteria. Se deberán identificar las estructuras dentro del triángulo femoral (lateral a medial) mediante la mnemotecnica NAVEL (Nervio, Arteria, Vena, Espacio vacío y Linfáticos) del lado derecho y LEVAN del lado izquierdo.

• Técnica de Inserción

- En este acceso el paciente debe colocarse en posición decúbito dorsal, no es necesaria la posición de Trendelenburg.
- Las extremidades inferiores en ligera abducción y rotación externa, de manera opcional se podrá colocar un rodete en la región glútea para elevar la cadera.
- Se infiltran unos 5cc de lidocaína al 1% sobre el sitio a puncionar.





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

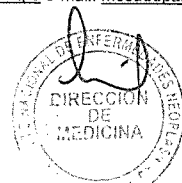
- Se punciona lentamente con un ángulo de 30 a 45 grados y en dirección cefálica y hacia el ombligo avanzando entre 3 a 5 centímetros, al mismo tiempo se aspira.

7.2.3.INSERCIÓN DEL CATÉTER PORT

Es un catéter subcutáneo que posee un dispositivo interno permanente de titanio, implantado bajo la piel y unido a un vaso sanguíneo (generalmente a una de las venas céntrico torácicas), por un catéter de poliuretano o silicona que llega hasta la aurícula derecha. Se coloca y retira quirúrgicamente con anestesia local y/o bajo sedación en pacientes que lo requieran; es capaz de soportar múltiples punciones (3) por lo que se recomienda para la administración de terapia discontinua [I, A] : fluidos para hidratación, hemoderivados, terapias parenterales, fármacos quimioterápicos. Se asocia a una reducción de complicaciones inmediatas y tardías (23,37,38).

El reservorio subcutáneo se coloca en un bolsillo creado delante del músculo pectoral mayor, en la región sub-clavicular.

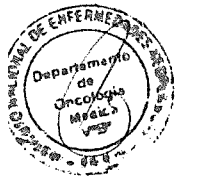
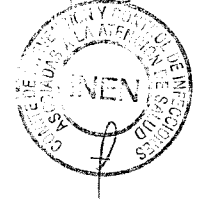
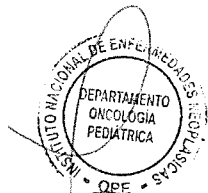
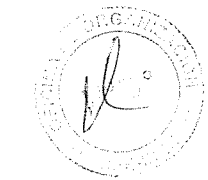
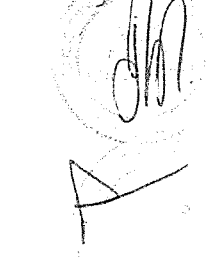
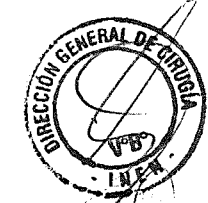
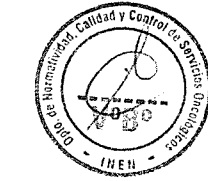
- Técnica de Inserción
 - Las venas que con mayor frecuencia son utilizadas como vías de acceso central son:
 - Yugular interna derecha e izquierda
 - Yugular externa derecha e izquierda
 - Vena subclavia derecha e izquierda
 - Vena Femoral
 - Existe un acuerdo general basado en evidencias, de la utilización preferente de la vena yugular interna derecha en función de su curso recto al corazón, el bajo riesgo de estenosis venosas sintomáticas y trombosis y menor riesgo de neumotórax (7) .
 - Coloque al paciente en decúbito dorsal en posición de Trendelenburg y disponga la orientación de la cabeza según el acceso venoso que elija.
 - Se deben utilizar soluciones de clorhexidina al 2% con alcohol isopropílico al 70% para desinfección del campo [I, A] (39,40). Se debe seguir la trayectoria del centro a la periferia en un área de 20 a 30 cm, abarcar la mama si el sitio de elección lo amerita. Deje actuar la solución antiséptica y coloque los campos para limitar la zona.
 - La canalización y punción de la vena elegida, debe realizarse con control de imagen ecográfica en tiempo real, que es la técnica de elección. Su utilización permite predecir las variantes anatómicas, valorar la permeabilidad de la vena y monitorizar el paso de la guía a través de aguja, disminuyéndose el porcentaje de complicaciones [II, C] (27).
 - La localización del punto de entrada del catéter, su recorrido subcutáneo o túnel y la realización del bolsillo para la cámara reservorio, van a depender





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

de la vía venosa de acceso, del tipo del catéter venoso central utilizado y de las características clínicas del paciente.

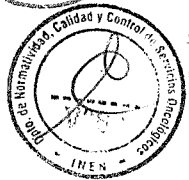
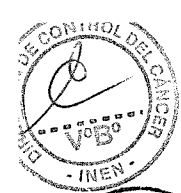
- El médico especialista responsable de la colocación, debe conocer las distintas técnicas que se pueden emplear y aplicarlas en las distintas situaciones y diferentes dispositivos a implantar (45,46).
- La inserción de un dispositivo de acceso venoso implantable debe realizarse en estrictas condiciones de esterilidad, en quirófano [II, B] (4,5) y bajo anestesia local, con o sin sedación. La sedación y/o anestesia general es necesaria en niños y en pacientes adultos con trastorno del sensorio, fobias, ansiedades o algunas enfermedades psiquiátricas.
- La posición de la punta del catéter debe verificarse radiológicamente con una fluoroscopia intraoperatoria o una radiografía de tórax posoperatoria [II,B] (47). La ubicación deseada de la punta del catéter orientación se encuentra en controversia. La mayor parte de los estudios están de acuerdo en situar la punta en la desembocadura de la vena cava superior en la aurícula derecha, con la excepción de los catéteres de hemodiálisis, que para obtener un funcionamiento óptimo deben situarse en el interior de la aurícula derecha (7).
- Una alternativa a la confirmación radiológica es el método de electrocardiograma intracavitario (ECG), donde se documenta la arritmia durante la inserción del alambre [V, D] (48,49).
- El catéter y/o reservorio deber ser lavado con una solución salina heparinizada (10 U/ml) para prevenir la formación de trombo y asegurar su permeabilidad.
- Tanto el catéter, como el reservorio, deben cubrirse con apósito transparente de poliuretano estéril que permita la observación de complicaciones (sangrados locales) y prevenga las infecciones.
- Coloque la etiqueta con los datos de fecha de instalación, calibre del catéter, nombre de quien lo instalo y realice los registros correspondientes [I, A] (6).
- Eliminar de manera inmediata material punzocortante en contenedor rígido rojo.

7.3. FASE POST OPERATORIA

7.3.1. RECUPERACIÓN

Después del procedimiento, los pacientes requieren observaciones cada 4 horas que incluyen: temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria, existiendo una comunicación activa y continua entre todos los miembros del equipo.





PERÚ

Sector Salud



<p align="center">GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p align="right">Código: GT. DNCC.INEN.011</p>	
<p>Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax</p>		<p>Implementación 2023</p>	<p>Versión V.01</p>

Los pacientes deben pasar a sala de recuperación donde serán monitorizados hasta llevar a cabo el restablecimiento total de sus funciones vitales y la total conexión con su entorno (7).

Se debe realizar vigilancia de que no haya sangrado o hematoma en la zona de inserción y tunelización (en el caso del catéter port).

La situación y ausencia de plegamientos del catéter, así como la posición de la punta e identificación de posibles complicaciones, deben ser confirmadas con fluoroscopia y radiografía de tórax porque existen evidencias de mal posicionamiento cuando el paciente cambia de posición. Se requiere una radiografía de tórax si el paciente tiene disnea o dolor en la pared torácica [II, C] (50-52). Por la utilización de radioscopia deben tomarse las medidas necesarias para que la exposición del paciente y del personal, sean lo más bajas posibles.

El médico especialista en anestesiología dará el alta de la sala de recuperación previa evaluación según se haya realizado el procedimiento con anestesia local o sedación, así como dependiendo de los resultados de radiografía o fluoroscopia de control post quirúrgico.

7.3.2. ALTA

Los pacientes después del procedimiento deben contar con la evaluación del médico anestesiólogo y del médico cirujano de acuerdo con la guía aprobada por la institución.

Todos los pacientes deberán ser dados de alta previa realización de la radiografía de control para evidenciar buena ubicación de la punta del catéter, así como descartar complicaciones que requieran acciones inmediatas o mediatas.

Es necesario que el paciente este acompañado por un adulto responsable autorizado para el alta.

El paciente será dado de alta con receta y las indicaciones médicas post quirúrgicas, así como también la fecha de control por consultorio externo.

7.3.3. SEGUIMIENTO POST OPERATORIO

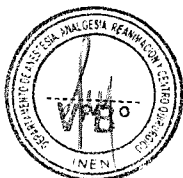
El paciente cuenta con las indicaciones post quirúrgicas dentro de las que deberán estar los signos de alarma para acudir por emergencia y los números de teléfono necesarios de la institución para casos de consulta o emergencia.

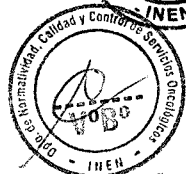
Los dispositivos implantables solo requieren cuidados posteriores a la inserción hasta que la incisión haya cicatrizado, por lo tanto, los pacientes que hayan tenido colocación de Catéter PORT acudirán para evaluación post quirúrgica dentro de los primeros 15 días, de esta forma se supervisará la evolución de la herida operatoria y la permeabilidad del catéter. Posteriormente el paciente será dado de alta de la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares del Departamento de Cirugía en Tórax para continuar con el manejo por el departamento de origen hasta que requiera nueva reevaluación.

Los pacientes portadores de dispositivos de acceso vascular (temporal o permanente) deberán tener mantenimiento del catéter mientras lo porten, (cada 7 días en el caso del catéter venoso central y cada 4-8 semanas en el caso del catéter port según el manejo del INEN) posteriormente el catéter será retirado.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520, Lima 34. Teléfono: 201-6506. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdt@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

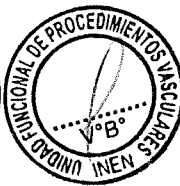
Se recomienda el lavado de rutina manteniendo la técnica aséptica con solución salina después de completar cualquier infusión o muestreo de sangre [II, B] (1,53). La técnica de lavado push-stop-push con presión positiva consiste en instilar, suero salino fisiológico a emboladas (10 ml o 20 ml), hacer pequeñas pausas (más o menos cada ml), para generar turbulencias, y garantizar la limpieza de las paredes al evitar el depósito de eritrocitos, fibrina o sustancias en la luz del catéter que lo acabarían obstruyendo.

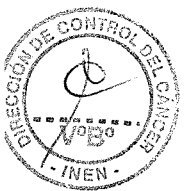
Según la guía del ESMO, para mantener la permeabilidad de los puertos subcutáneos que no están en uso, se recomienda un lavado cuatro veces por semana [III, C] (1,53). Para catéteres con manguito tunelizado, también se recomienda un lavado semanal [III, C]. Hay algunos informes que respaldan un tiempo prolongado para el lavado del puerto, es decir, cada 8 semanas o cada 3 o 4 meses (54–56).

El mantenimiento es realizado por la enfermera especialista que comprenda la asistencia en el procedimiento, mantenimiento y cuidados de los accesos vasculares tanto temporales como permanentes y de no poder realizarlo comunicara al médico especialista en cirugía oncológica o cirugía cardiovascular con experiencia en la colocación y retiro de accesos vasculares temporales o permanentes tanto en pacientes adultos y en pacientes pediátricos.

A) Mantenimiento Catéter Venoso Central

- Curación del sitio de inserción: Es la técnica aséptica que se realiza para mantener libre de pirógenos el sitio de inserción de los catéteres, debe realizarse contando con un asistente.
- Objetivo: Disminuir la presencia de microorganismos que se encuentran en la piel como flora bacteriana normal.
- Indicaciones: A todos los pacientes que tengan uno o varios catéteres instalados, cada 7 días o antes si el apósito se encuentra desprendido, no íntegro o bien el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección.
- Técnica
 - Emplear técnica aséptica
 - Verificación con check list- Care bundle (**ver Anexo 10**)
 - Colóquese mascarilla quirúrgica abarcando nariz y boca.
 - Lavado de manos clínico con agua y jabón.
 - Prepare y lleve el material al área del paciente.
 - Explique el procedimiento al paciente.
 - Coloque al paciente en posición de decúbito dorsal con la cabeza al lado opuesto al sitio de inserción.
 - Retire la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
 - Desprenda el suavemente, no utilice alcohol para su remoción.
 - Observe y revise el sitio de inserción.
 - Realice higiene de las manos con solución alcoholada 70%
 - Abra el equipo de curación.
 - Coloque el guante estéril en la mano dominante.





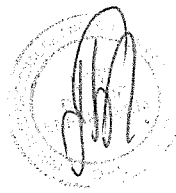
PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



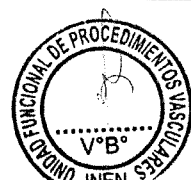
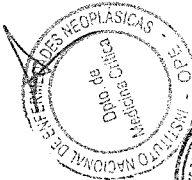
GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		<table border="1"> <tr> <td>Implementación 2023</td> <td>Versión V.01</td> </tr> </table>	Implementación 2023	Versión V.01
Implementación 2023	Versión V.01			



- Realice la limpieza con el alcohol en dos tiempos:
 - Primer tiempo. Vierta el alcohol en los hisopos o gasas y limpie a partir del sitio de inserción hasta las suturas.
 - Segundo tiempo. Abarque el sitio de inserción en forma de círculo hasta aproximadamente un área de 5 a 10 cm.
- Posteriormente realice la limpieza con gluconato de clorhexidina; inicie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse.
- Deje actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente.
- Cubra el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión.
- En caso de los pacientes oncológicos con piel muy sensible, utilice película protectora sin alcohol en presentación de hisopo estéril para proteger la piel y prevenir daños a la misma, aplíquelo en la periferia del sitio de inserción respetando el área que se limpió con el antiséptico. Espere que seque y coloque el apósito.
- Aplique el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción, sin estirarlo. El sitio de inserción debe quedar en el centro de la ventana transparente del apósito. Presione sobre el apósito en toda su extensión del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, evite dejar burbujas por debajo del apósito. Solo en caso de sangrado utilice un apósito con cojín absorbente no adherente o bien una gasa estéril y apósito transparente para cubrir el sitio de inserción. Realice la curación en estos casos cada 48 horas como máximo.
- Si utiliza apósito transparente con bordes reforzados utilice las cintas estériles para sujetar mejor el catéter antes de colocar el apósito sobre el mismo.
- Fije con cinta quirúrgica transparente cada uno de los lúmenes (en su extremo distal) de forma independiente para reducir peso y tensión al apósito y mantener por más tiempo su curación.
- Coloque un membrete con fecha y nombre de quien instaló, así como nombre y fecha de quien realizó la curación.
- Desinfectar los conectores de lúmenes en cada uso con alcohol al 70 % y dejar secar 30 min.

B) Mantenimiento Catéter Port

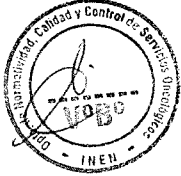
- Colocación de Aguja: Es la punción del acceso vascular del reservorio. Debe realizarse contando con un asistente.
- Objetivo: Contar con una vía de acceso para la infusión de medicamento, muestreo de sangre venosa u otro tipo de fluidos.
- Técnica
 - Debe mantenerse la técnica aséptica
 - Colóquese la mascarilla quirúrgica que cubra boca y nariz.
 - Lavado de manos clínico con agua y jabón.
 - Prepare el equipo y material.
 - Informe al paciente la técnica a realizar.
 - Se pondrá anestésico tópico o no dependiendo de las necesidades del paciente.
 - Coloque al paciente en posición de semifowler.





PERÚ

Sector Salud

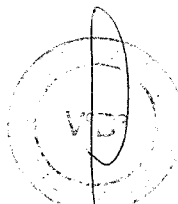


GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

- Palpe, identifique y memorice la ubicación del reservorio.
- Realice higiene de manos con solución alcoholada.
- Abra los campos estériles y coloque el material necesario: 2 jeringas, agujas gripper o huber, guantes y gasas estériles.
- Realice la limpieza con el alcohol en dos tiempos.
- Posteriormente realice la limpieza con gluconato de clorhexidina; inicie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse.
- Deje actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente.
- Realice asepsia y antisepsia de la región con movimientos circulares del centro a la periferia abarcando un área de 10 a 15 centímetros aproximadamente.
- Purgue la aguja con solución fisiológica y cierre la pinza.
- Higiene de manos
- Colóquese el guante estéril.
- Localice el portal por palpación y fijelo con el dedo pulgar e índice de la mano izquierda. La fijación debe ser delicada sin presionar el portal sobre el plano muscular ya que produce dolor.
- Inserte la aguja firme y perpendicular a la membrana del portal en un ángulo de 90°.
- Perciba la resistencia de la piel, el paso fácil del tejido subcutáneo y la resistencia "gomosa" de la membrana autosellable.
- Continúe la presión hasta sentir el roce de la punta de la aguja contra el piso metálico del reservorio hasta el final.
- Avance la aguja a través de la piel y la membrana hasta notar un tope metálico.
- Confirme la correcta colocación de la aguja mediante aspiración suave de sangre de 3 a 5 ml.
- Despince y lave el reservorio con 10 ml de solución salina y pince nuevamente.
- No gire la aguja para modificar su posición, ya que esto puede rasgar la membrana auto-sellable.
- Compruebe si existe retorno de sangre, aspirando 3 ml, desechando así la heparina de sellado que contiene el portal del catéter.
- Conecte la solución a infundir o extraiga la muestra sanguínea.
- Coloque una gasa estéril pequeña (5 cm) por debajo de la mariposa de la aguja para estabilizarla y proteger la piel de la presión que ésta ejerce.
- Aplique el apósito transparente una vez estabilizada la aguja.
- Coloque el membrete de identificación con fecha y nombre de quien realizó la punción.
- Informe al paciente de las precauciones que debe adoptar para evitar desconexiones o la salida de la aguja.
- Realice anotaciones en formatos correspondientes.
- Retire material y equipo.

C) Sellado de catéter (Heparinización del reservorio)

- La aplicación "sello de heparina" inhibe la formación de trombos inactivando la trombina y otros factores de coagulación. Debe realizarse contando con un asistente.

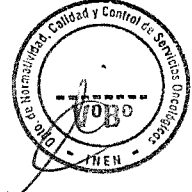




PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Ente Promoción y Atención de Salud



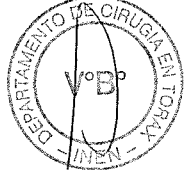
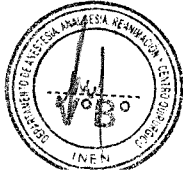
GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

- Objetivo: Prevenir el reflujo de sangre para evitar la formación de trombos en el catéter.
- Indicaciones
 - Después de la administración de la medicación para sellar el dispositivo.
 - Después de la administración de hemoderivados.
 - Después de tomar muestras sanguíneas.
- Técnica
 - Debe mantenerse la técnica aséptica
 - Lávese las manos con agua y jabón.
 - Colóquese mascarilla quirúrgica que cubra boca y nariz.
 - Prepare el material y equipo.
 - Realice desinfección del frasco ampula de heparina con alcohol al 70%.
 - Realice desinfección del conector libre de aguja con alcohol al 70%.
 - Cálcese los guantes estériles.
 - Tome 1ml de heparina de 1000 UI, más 4 ml de solución fisiológica o agua inyectable.
 - Lave el catéter con solución fisiológica al 0.9%; en adultos lave con 10 ml y en paciente pediátrico dependiendo de la edad de 2 a 5 ml.
 - Inyecte la solución de heparina: en adultos 5 ml y en pacientes pediátricos de 2 a 3 ml dependiendo de la edad.
 - Cierre la pinza de la extensión de la aguja.
 - Solicite el paciente que inspire y sostenga el aire.
 - Retire la aguja y solicitar al paciente que respire normalmente.
 - Cubra el sitio de inserción con una gasa estéril
 - Retire el material y equipo.
 - Deje limpio y cómodo al paciente.
 - Registre el procedimiento en los formatos correspondientes.
 - Eliminar material punzocortante en contenedor rígido rojo.

D) Retiro del catéter Venoso Central

Es la técnica aséptica que se realiza para la remoción de los CVC.

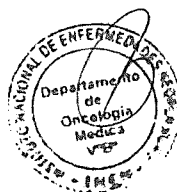
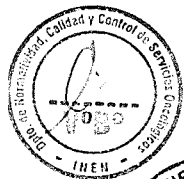
- Indicaciones
 - Fin de tratamiento.
 - Sospecha de infección punto de partida del dispositivo de acceso vascular: Se considera positivo cuando el hemocultivo de catéter y sangre periférica recolectados simultáneamente, positividad del cultivo del catéter 2 hrs antes del periférico, colonias de microorganismos mayores de 4 x en el catéter en comparación con el periférico, mismo germen en las muestras (periférico y catéter).
 - Disfunción del catéter.
 - Extravasación o fractura de catéter.
 - Flebitis.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

• Técnica

- Colóquese mascarilla quirúrgica que cubra boca y nariz.
- Lávese las manos con agua y jabón.
- Prepare y lleve el material al área del paciente.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Cierre las infusiones.
- Coloque al paciente en posición decúbito dorsal con la cabeza dirigida hacia el lado opuesto al sitio de inserción (si el punto de inserción es cervical).
- Colóquese guantes estéril
- Retire el apósito suavemente, sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
- Realice curación del sitio de inserción con la técnica ya mencionada.
- Retire las suturas que sujetan el catéter.
- Indique al paciente como realizar la maniobra de Valsalva.
- Extraiga suavemente el catéter en un ángulo de 90° de la piel mientras el paciente realiza la maniobra de Valsalva, si el paciente no coopera se retirará durante la inspiración. Si el catéter ofrece resistencia al momento de intentar sacarlo, NO insista ni jale, informe inmediatamente al especialista de la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares. Evite que la punta del catéter toque superficies no estériles al momento de salir.
- Realice presión con una gasa estéril en el sitio de inserción.
- Cubra el sitio de inserción con un apósito estéril con cojín absorbente no adherente y manténgalo por 24-48 horas.
- Deje cómodo al paciente.
- Verifique que no haya sangrado importante en el sitio.
- Eliminar material punzocortante en contenedor rígido rojo.

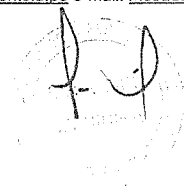
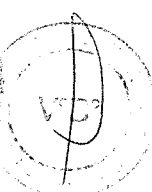
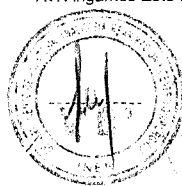
E) Retiro del Catéter Port

• Indicaciones:

- Remoción electiva por respuesta completa al tratamiento
- Infecciones graves del bolsillo
- Infecciones del catéter port confirmado por cultivo positivo
- Exposición del catéter debido a erosión de la piel
- Catéter port que no necesita larga permanencia
- Complicaciones mecánicas: Incluyendo desplazamiento, fuga, vaina de fibrina, oclusión, mal posición y fractura.

• Técnica aséptica:

- El procedimiento debe realizarse sobre la mesa en la sala de angiografía con cineangiógrafo fijo o en el centro quirúrgico con fluoroscopia o equipo de rayos X portátil bajo asistencia anestesiológica si el paciente lo requiere.
- Coloque al paciente en posición decúbito dorsal con la cabeza dirigida hacia el lado opuesto al sitio de inserción (si el punto de inserción es cervical).
- Asepsia con clorhexidina 2% y alcohol al 70%, dejar secar por 30 segundos, y colocación de campos estériles.
- Se coloca guantes estériles quirúrgico.
- Prepare el material quirúrgico

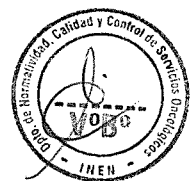




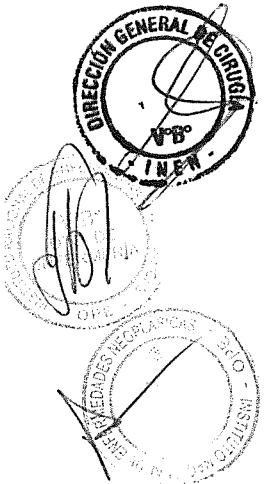
PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01



- Se realiza corte con bisturí de aproximadamente 2 a 3 cm en las partes blandas de la región pectoral para lograr extraer el reservorio, posteriormente se retira el catéter subcutáneo.
- Se obtienen imágenes para evidenciar la ausencia completa del catéter.
- En caso de herida limpia se finaliza el procedimiento suturando por planos con suturas absorbibles para el plano profundo y superficial.
- En caso de catéter port infectado o herida infectada se dejan suturas amplias separadas para el cierre por segunda intención.
- Cubra el sitio quirúrgico con un apósito estéril con cojín absorbente no adherente y manténgalo por 24-48 horas (si la herida es limpia).
- Deje cómodo al paciente.
- Verifique que no haya sangrado importante en el sitio.

7.4. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

- Las complicaciones inmediatas ocurren en el momento del procedimiento y generalmente consisten en lesión de las estructuras vitales circundantes o mala posición de la punta del catéter. Las complicaciones inmediatas más frecuentes incluyen: arritmia cardíaca (23%-25%), punción arterial accidental (0%-15%), hemotórax (0,1%-11%), neumotórax (1%- 4%) y embolismo aéreo (raro) (57).
- Las complicaciones más graves se asocian a infección por catéteres venosos centrales (CVC), especialmente los colocados en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La mortalidad atribuible a ésta es entre el 12-25% y el coste marginal para el sistema de salud asciende aproximadamente a unos 25.000 dólares por episodio.
- Con objeto de reducir las complicaciones asociadas a la terapia intravenosa y de conseguir el mayor beneficio terapéutico, el personal de salud debe conocer varios aspectos, entre ellos que las complicaciones se dividen en: no infecciosas, infecciosas y otras.



7.4.1. COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS LOCALES

Flebitis, trombosis, infiltración-extravasación, hematoma, oclusión del catéter.

a. Flebitis

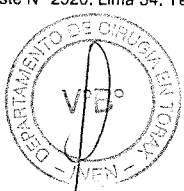
Define la aparición de fenómenos inflamatorios en la pared endotelial de los vasos sanguíneos que se suelen acompañar de la formación de trombos.

Causas:

- Calibre inadecuado del catéter.
- Deficiente fijación del mismo.
- Medicación muy concentrada.
- Administración de fármacos vesicantes y soluciones hipertónicas.
- Infección del catéter.
- Inadecuada técnica aséptica

Tipos de flebitis:

- Mecánica, si se debe al propio catéter, a la técnica de inserción o de fijación.
- Química, si se produce por la acción de ciertos fármacos.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

- Infecciosa, si está provocada por gérmenes patógenos.

Entre 10 y 30% de los pacientes portadores de catéteres periféricos puede presentar flebitis; la mayoría de autores señalan que es debida a causas químicas.

Manifestaciones:

- Dolor
- Calor
- Rubor
- Tumefacción e induración del trayecto venoso.

Intervenciones:

- Identificar el grado de flebitis utilizando la escala de valoración de la INS (Tabla N° 2)
- A partir del grado 3 se deberá valorar el retiro del catéter y administración de antiinflamatorios locales o aplicar compresas calientes.

Tabla N° 2. Escala de valoración de flebitis de INS*

GRADO CRITERIO CLÍNICO	
0	No hay síntomas
1	Eritema en el sitio de inserción con o sin dolor
2	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema
3	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema Formación de veta y cordón venoso palpable
4	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema Formación de veta y cordón venoso palpable > 2.5 cm Drenaje purulento

*INS: Infusion Nurses Society

Medidas preventivas:

- Técnica aséptica durante la inserción y manipulaciones posteriores del catéter.
- Fijación adecuada del mismo.
- Inspección del sitio de inserción.
- Dilución adecuada del fármaco que se infunde o valorar su administración a través de una vía central.

b. Trombosis

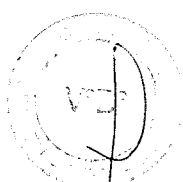
Es el desarrollo de un trombo en el interior de un vaso sanguíneo. Los pacientes oncológicos pediátricos y adultos tienen de 5 a 7 veces más riesgo de desarrollar trombosis asociadas a catéter (58).

Causas:

- Roce de la punta del catéter con la pared de la vena, lo que ocasiona agregación plaquetaria.
- Puede generarse por daño al vaso durante la instalación con la aguja.

Manifestaciones:

- Endurecimiento del vaso sanguíneo con sensibilidad extrema a la presión.





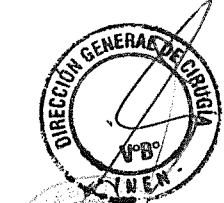
PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



- El área circundante a la presencia del trombo se encuentra con eritema y caliente al tacto.
- El miembro torácico o pélvico puede aparecer pulido frío y con edema.

Intervenciones:

- Retiro del catéter
- Elevación del miembro torácico o pélvico.
- Aplicación de calor húmedo.

Medidas preventivas:

- Observar la punción frecuentemente.
- Evitar golpes o lesiones en las venas.
- Evitar puncionar las venas de las extremidades inferiores.

c. Infiltración

Es la salida inadvertida de solución al tejido celular subcutáneo.

Causas:

- Mala sujeción del catéter.
- Debilidad de la pared venosa.
- Irritación por medicación.

Manifestaciones:

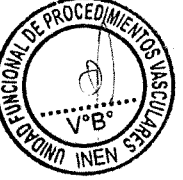
- Edema
- Enfriamiento
- Dolor
- Palidez de la piel
- Velocidad de infusión lenta

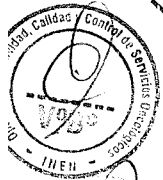
Intervenciones:

- Identificar el grado de complicación utilizando para ello la escala de valoración de infiltración de la INS (Tabla N° 3).
- Retirar el catéter sin considerar el grado de infiltración presente.
- Elevar la extremidad afectada.
- Aplicación de calor para favorecer la reabsorción.

Tabla N° 3. Escala de infiltración de soluciones intravenosas del INS

GRADO	CRITERIO CLINICO
0	Ninguna
1	Piel: blanquecina, edema menor a 1 pulgada en cualquier dirección, fría al tacto, con o sin dolor.
2	Piel: blanquecina, edema 1-6 pulgadas en cualquier dirección, fría al tacto, con o sin dolor.
3	Piel: blanquecina, traslúcida, edema mayor a 6 pulgadas en cualquier dirección, fría al tacto, leve o moderado dolor, posible entumecimiento.
4	Piel: blanquecina, traslúcida, tensa, salida de líquido, decolorada, contusionada, inflamada; grueso edema mayor a 6 pulgadas en cualquier dirección, edema profundo del tejido fino, debilidad circulatoria, dolor de moderado a severo, infiltración en cualquier cantidad de producto sanguíneo, irritante o vesicante.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

Medidas preventivas:

- Fijar correctamente el catéter
- Controlar las medicaciones irritantes
- Conocer tipo y concentración de la medicación a infundir adecuándola al calibre y vía de administración.

d. Extravasación

Salida inadvertida de solución a los tejidos circundantes.

Causas:

- Sujeción inadecuada del catéter.
- Irritación al administrar la medicación o soluciones hipertérmicas.

Manifestaciones.

- Piel fría
- Edema
- Dolor (sensación quemante)
- Enrojecimiento.
- Ausencia de reflujo sanguíneo
- Goteo lento.

Intervenciones:

- Detener la infusión
- Aspirar a través del catéter el líquido infundido, lo más posible.
- Elevar la extremidad.
- Valorar la circulación local.
- Considerar, de ser necesario, la administración local de un antagónico para limitar el daño al tejido lesionado.
- Se sugiere registro por imagen para seguimiento del compromiso
- Se registra en hoja de extravasación de agentes antineoplásicos (**ver Anexo 13**)

Medidas preventivas:

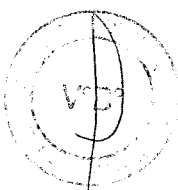
- Sujeción adecuada del catéter.
- Extremar los cuidados en caso de administrar medicación vesicante.
- Conocer tipo y concentración de la medicación a infundir, adecuándola al calibre y vía de administración.

e. Hematoma

Acumulación de sangre en un tejido (Tejido celular subcutáneo músculo, etc) debido a la extravasación de esta. Su presencia puede estar relacionada con intentos fallidos de instalación de un catéter.

Causas:

- Técnica de canalización incorrecta: Es importante registrar el número de intentos frustrados
- Calibre inadecuado del catéter.
- Pobre integridad vascular.





PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023 Versión V.01

- Conteo bajo de plaquetas.

Manifestaciones:

- Edema y coloración violácea.
- Dificultad para perfundir la solución.

Intervenciones:

- Retirar el catéter y ejercer presión sobre la zona de punción.
- Aplicar compresas frías.

Medidas preventivas:

- Ejercer adecuada presión en tiempo y forma al momento de retiro del catéter.
- Evitar la manipulación excesiva durante la técnica de inserción del catéter.
- Valoración correcta durante la selección del sitio de inserción.
- Selección correcta del calibre del catéter en virtud del tamaño de la vena.

f. Oclusión del catéter

Incapacidad para infundir o aspirar dentro de un catéter intravascular.

Causas:

- Interrupción del flujo por compresión externa, acodamiento, coágulo de sangre o medicación precipitada.

Tipos:

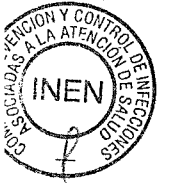
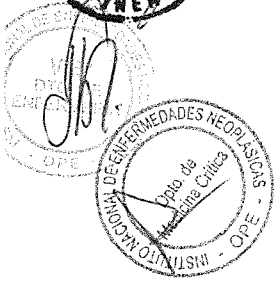
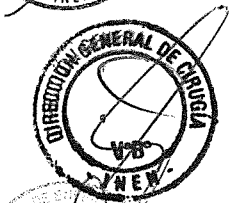
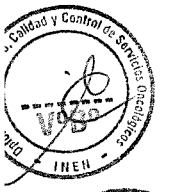
- Obstrucción mecánica.
- Oclusión por trombos.
- Oclusión por partículas no disueltas o medicamentos precipitados.

Manifestaciones:

- Resistencia al infundir la solución.
- Imposibilidad de irrigar u obtener retorno sanguíneo.
- Es posible irrigar, pero no aspirar
- Fuga o infiltración de fluido desde el sitio EV.
- Cese o disminución del ritmo de perfusión.
- Presencia de sangre o medicación viscosa en el equipo.

Intervenciones:

- Revisar equipo de infusión y asegurarse de que no hay compresiones ni acodamientos.
- Aspirar con una jeringa de 2 cc para intentar desalojar si existe un coágulo.
- Si no se reanuda el flujo normal, retirar el catéter e insertar uno nuevo.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

Medidas preventivas:

- Lavar la vía tras la infusión de medicamentos y hemoderivados.
- Fijar el catéter de forma adecuada.
- Asegurarse de que la disolución es correcta y que los fármacos sean compatibles, para evitar que precipiten.

7.4.2. COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS SISTÉMICAS

Estas complicaciones pueden ser: embolismo aéreo, embolismo pulmonar, embolismo por catéter, choque por velocidad, edema pulmonar, reacción alérgica.

a. Embolismo aéreo

Es la introducción de aire dentro del sistema circulatorio.

Causas:

- Presión venosa central demasiado baja.
- Frasco o envase de solución vacío.
- Presencia de aire en el equipo.
- Desconexión parcial o total del sistema.
-

Manifestaciones:

- Hipotensión
- Pulso débil y rápido
- Pérdida de conciencia.
- Sufrimiento respiratorio
- Sonidos respiratorios desiguales
- Cianosis.

Intervenciones:

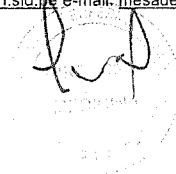
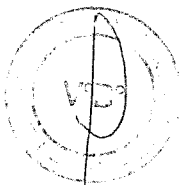
- Retirar la perfusión.
- Poner al paciente en posición de Trendelenburg en decúbito lateral izquierdo
- Administrar oxígeno al 100% (59).

Medidas de preventivas:

- Usar conexiones Luer-Lok™
- Purgar de forma adecuada los equipos de infusión.
- Mantener una adecuada hidratación del paciente.
- La disminución de la PVC aumenta el riesgo de embolia gaseosa.
- La infusión de soluciones y/o fármacos debería realizarse por bomba de infusión.

b. Embolismo pulmonar

Es la obstrucción de la arteria pulmonar por un coágulo que circula a través del torrente sanguíneo.

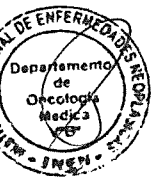
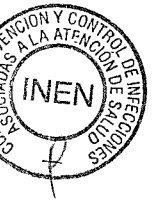
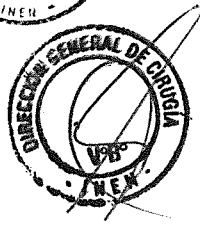
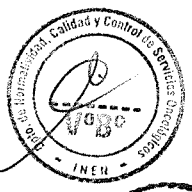




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

Causas:

- Un trombo desarrollado in situ o de material procedente del sistema venoso, proceso patológico, en el cual, un agregado de plaquetas o fibrina ocluye un vaso sanguíneo.
- Alteración en los factores de la coagulación, se forma el coágulo, se desprende y puede obstruir la arteria pulmonar. Una causa menos común incluye a las burbujas de aire.

Manifestaciones:

- Disnea de aparición súbita
- Dolor pleurítico
- Expectorcación hemoptoica.
- Hipoxemia e hipocapnia.

Intervenciones:

- Retirar vía venosa.
- Administración de heparina o agentes fibrinolíticos (solo por indicación médica).
- Medidas de soporte: administración de oxígeno por puntas nasales y monitoreo de signos vitales

Medidas preventivas:

- Preferir el uso de catéteres de poliuretano o silicona

c. Embolismo por catéter

Es la rotura de una porción del catéter que circula por el torrente sanguíneo

Causas:

- Sección del catéter que se ve impulsado hacia el interior de la vena durante la punción.
- Sección del catéter por reintroducción del fijador o estilete.
- Sección accidental del catéter cuando se retira.

Manifestaciones:

- Disnea de aparición súbita
- Dolor pleurítico
- Expectorcación hemoptoica.
- Hipoxemia e hipocapnia.
- Dolor a lo largo de la vena donde queda alojado el fragmento.
- Si llega a obstruir arteria pulmonar, se presentará:
 - Cianosis
 - Hipoxemia
 - Hipercapnia
 - Hipotensión
 - Disritmias cardíacas
 - Colapso cardiovascular





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

Intervenciones:

- Avisar al médico especialista de la Unidad Funcional de Procedimientos Vasculares inmediatamente
- Suspender administración intravenosa por la vía afectada
- En caso de fracción del catéter, valorar la extracción mediante cirugía del fragmento.

Medidas preventivas:

- Vigilancia continua del dispositivo de acceso vascular
- Cuando la punción no se realiza con éxito, retirar siempre el estilete y el catéter juntos.
- No reintroducir el estilete EN NINGUN CASO.
- Evitar el uso de tijeras para retirar apósitos que estén situados próximos a la zona de punción.
- Si la vía está fijada con puntos, extremar la precaución en su retiro.

d. Choque por velocidad-sobrecarga circulatoria

Es la reacción sistémica causada por infusión rápida de fluidos en el torrente sanguíneo, generalmente por fármacos.

Causas:

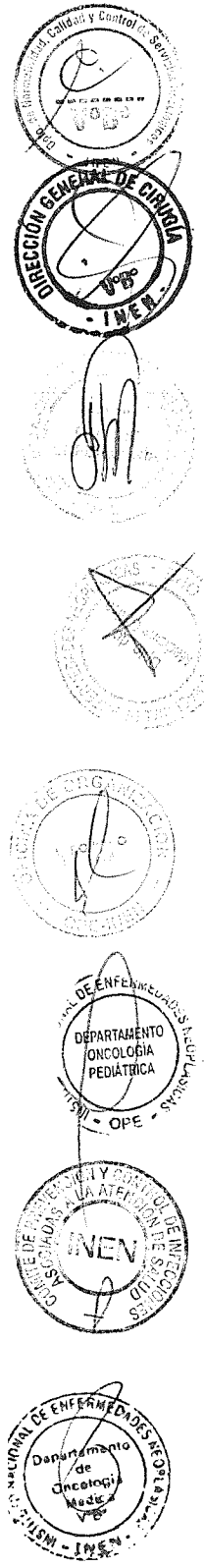
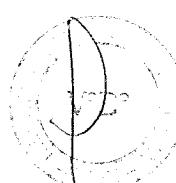
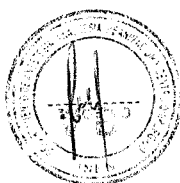
- Infusión demasiado rápida o de excesivo volumen.

Manifestaciones:

- Ingurgitación yugular.
- Taquipnea
- Disnea
- Estertores.
- Hipertensión arterial y aumento de la PVC.
- Balance hídrico positivo.
- Cara enrojecida.
- Cefalea.
- Pulso irregular.
- Opresión en el pecho.
- Pérdida de consciencia.

Intervenciones:

- Reducir ritmo de goteo a mantenimiento de vía o bien suspender la infusión.
- Elevar la cabecera de la cama.
- Avisar al médico encargado.
- Administración de oxígeno.
- Vigilar constantes vitales.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

Medidas preventivas:

- Vigilar velocidad de infusión.
- Utilizar bombas para realizar infusiones.

e. Edema pulmonar

Exceso de líquido en el pulmón, ya sea en espacios intersticiales o en alveolos.

Causas:

- Infusión demasiado rápida, o excesivo de volumen, en pacientes con disfunción cardíaca o renal.

Manifestaciones:

- Disnea.
- Palidez o cianosis.
- Crepitaciones en la auscultación pulmonar.
- Expectोरación espumosa rosada o blanca.

Intervenciones:

- Colocar al paciente en posición de Fowler
- Respiración mediante presión positiva intermitente (RPPI) con humidificación de oxígeno
- Restricción de líquidos e infusión lenta durante su administración
- Tratamiento médico con diuréticos, morfina y vasodilatadores
- Tratamiento médico con oxígeno, diuréticos, morfina y vasodilatadores.

Medidas preventivas:

- Administración adecuada en tiempo de las soluciones a infundir
- Confirmar con una placa de tórax de la adecuada colocación del catéter

f. Reacción alérgica

Aparición de manifestaciones clínicas que puede presentarse como una respuesta exagerada del organismo cuando entra en contacto con determinadas sustancias provenientes del exterior, las mismas que podrían ser material propio del catéter o medicación administrada para la anestesia

Causas:

- Hipersensibilidad a fármacos o soluciones endovenosas administradas.

Manifestaciones:

- Erupción generalizada.
- Prurito.
- Broncoespasmo.
- Taquicardia.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34, Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdt@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

Intervenciones:

- Detener la infusión.
- Controlar la permeabilidad de la vía aérea.
- Reportar en el Sistema de registro de Reacciones Adversas a Medicamentos – Formato DIGEMID (ver Anexo 14)

7.4.3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Estas complicaciones pueden ser:

- Colonización del catéter.
- Bacteriemia relacionada con el catéter (BRC).
- Sepsis relacionada con el catéter (SRC)
- Infección del trayecto subcutáneo.

Los mecanismos de infección de los catéteres intravasculares incluyen:

- Vía extra luminal: desde el sitio de inserción y a través de la superficie externa del catéter, los microorganismos emigran hasta la punta (es la más frecuente).
- Vía intraluminal: por el interior del catéter, al manipular las conexiones, o por infusión de líquidos contaminados. También se puede colonizar la punta del catéter por siembra hematógena, a partir de un foco séptico distante.

a. Colonización del catéter:

Cuando el recuento es igual o mayor de 15 UFC en el cultivo semicuantitativo de la punta del catéter, en ausencia de manifestaciones clínicas.

Causas:

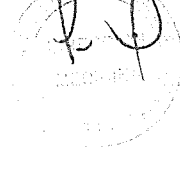
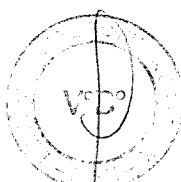
- Migración de organismos de la piel a la zona de inserción
- Contaminación del catéter por manipulación.
- Administración de soluciones endovenosas contaminadas
- Falta de una guía o "protocolo" de manejo de catéteres intravasculares.

Manifestaciones:

- Fiebre
- Escalofríos
- Diaforesis profusa
- Náuseas
- Shock (hipotensión, taquicardia, pérdida de conocimiento)

Intervenciones:

- Retiro del catéter
- Valoración administración de antibióticos

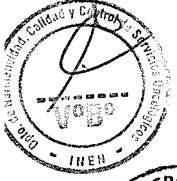




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



Medidas preventivas:

- Inspeccionar el catéter si el paciente ha desarrollado enrojecimiento del sitio de inserción, fiebre sin fuente obvia o aparente de infección local o sistémica.
- Vigilancia del sitio de inserción, a través del apósito, en busca de induración o absceso.



b. Bacteriemia relacionada con el catéter (BRC)

Presencia de bacterias en la sangre que se pone de manifiesto por el aislamiento de éstas en los hemocultivos.

Los hemocultivos cualitativos incubados con sistema automatizado obtenidos a través del catéter y de punción periférica con tiempo de positividad de más de dos horas (catéter periférico) o cuantitativos 103 UFC (catéter periférico) más al menos uno de los siguientes criterios:

- Escalofríos o fiebre posterior al uso del catéter en pacientes con catéter venoso central incluyendo el de permanencia prolongada.
- Fiebre sin otro foco infeccioso identificado.
- Desaparición de signos y síntomas al retirar el catéter.



Causas:

- Migración de organismos de la piel a la zona de inserción.
- Contaminación del catéter por manipulación.
- Administración de soluciones endovenosas contaminadas.
- Diseminación hematógena en pacientes que tienen focos sépticos.
- Manejo inadecuado de las líneas y del sitio de inserción.
- Contaminación por contigüidad.



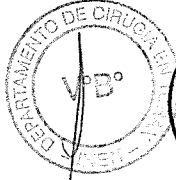
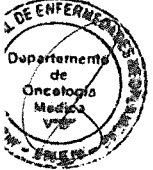
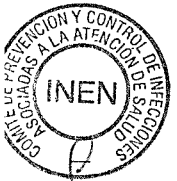
Manifestaciones:

- Hipertermia sin otro foco infeccioso identificado.
- Escalofríos.
- Sudoración profusa.
- Náuseas.
- Estado de choque manifestado por hipotensión, taquicardia, pérdida de conocimiento.
- Escalofríos o fiebre posterior al uso del catéter en pacientes con catéter venoso central. Incluyendo el de permanencia prolongada.
- Desaparición de signos y síntomas al retirar el catéter.



Intervenciones:

- Toma de hemocultivo (cuando la temperatura sea mayor de 38°C).
- Localización del foco de infección.
- Administración de antibióticos.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

Medidas preventivas:

El uso de dispositivos intravenosos incrementa el riesgo de contraer infecciones para el paciente dentro del hospital. Se ha demostrado que la mayoría de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, son prevenibles y su eliminación es posible, particularmente para las infecciones del torrente sanguíneo.

Para la prevención de bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales se deben:

- Vigilar la calidad del agua.
- Higiene correcta de las manos.
- Uso de clorhexidina en preparación de la piel.
- Medidas máximas de barrera durante la inserción de los catéteres venosos centrales.
- Permitir la manipulación de dispositivos intravasculares sólo por personal calificado.
- Retiro de CVC innecesarios.

c. Sepsis relacionada al catéter (SRC)

Es la respuesta inflamatoria sistémica, asociación o disfunción de uno o varios órganos a la colonización del catéter.

Causas:

- Migración de organismos de la piel a la zona de inserción.
- Contaminación del catéter por excesiva manipulación.
- Administración de soluciones endovenosas contaminadas.
- Diseminación hematógena en pacientes que tienen focos sépticos.
- El manejo inadecuado de las líneas y del sitio de inserción.

Manifestaciones:

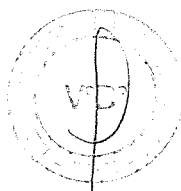
- Hipertermia >38°C.
- Hipotensión (presión sistólica <90 mm Hg) y oliguria <20 ml / hrs.
- Apnea o bradicardia.

Intervenciones:

- Localización del foco de infección.
- Administración de antibióticos.

Medidas preventivas:

- Mantener técnica aséptica en los procedimientos
- Apego a las medidas de prevención de bacteriemia
- Evitar la infección del trayecto subcutáneo
- Desinfección de conectores con alcohol isopropílico al 70 %





PERÚ

Sector Salud

INEN INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

d. Infección del trayecto subcutáneo

Inflamación del trayecto subcutáneo del catéter, más de 2 cm de la zona de inserción.

Causas:

- Migración de microorganismos a lo largo de la superficie externa del catéter desde el orificio de entrada en la piel hasta llegar a la punta y al torrente sanguíneo.

Manifestaciones:

- Eritema
- Dolor e induración del tejido celular subcutáneo que rodea al catéter más allá de 2 cm desde su introducción.

Intervenciones:

- En existencia de infección del túnel o bolsillo subcutáneo (datos de inflamación que se extienden sobre el trayecto subcutáneo de los catéteres tunelizados más allá de 2 cm del sitio de salida) es muy poco probable que la misma resuelva sin la remoción del catéter.
- La falla del tratamiento definida por fiebre persistente, hemocultivo positivo o reaparición de la infección luego del tratamiento es indicación de remover el catéter inmediatamente.

Medidas preventivas:

- La manipulación de estos sistemas se tiene que realizar con estrictas medidas de asepsia y antisepsia y por personal entrenado, como el que integra los equipos de terapia de infusión (ETI).

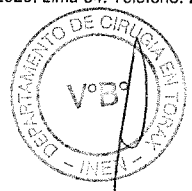
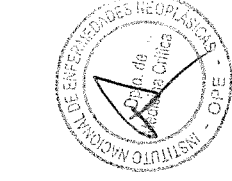
Infección relacionada con la infusión:

- Aislamiento del mismo germen en la solución de infusión y un hemocultivo tomado de otra vena, en ausencia de otro foco infeccioso evidente.

7.4.4. INDICACIONES PARA RETIRAR EL CATETER

El catéter debe ser retirado en casos de [II, A] (32) :

- Sepsis severa que no tenga sospecha de otro punto de partida
- Tromboflebitis supurativa (séptica)
- Endocarditis
- Infección del túnel
- Absceso del puerto
- Infección del torrente sanguíneo que continua a pesar de 48 a 72 hrs de cobertura adecuada; o infecciones por S.aureus, hongos o micobacterias.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

7.4.5. OTRAS COMPLICACIONES

a. Punción arterial:

Producida por la canalización o punción accidental de una arteria al abordar una vía venosa.

Causas:

- Hipertensión.
- Coagulopatía.
- Uso de agujas largas y de gran calibre.
- Falta de experiencia del profesional de salud.
- Arterias tortuosas o aneurismáticas.

Manifestaciones:

- Sangrado alrededor del catéter.
- Hematoma localizado en el sitio de punción a la arteria.

Intervenciones:

- Retire la cánula y aplique presión firme durante 10 min (sin llegar a ocluir la arteria carótida en punción yugulares).
- Controle los parámetros neurológicos, hemodinámicos y de la vía aérea durante este tiempo.
- Si la arteria subclavia es puncionada aplicar presión por arriba y por debajo de la clavícula.

Medidas preventivas:

- Establezca la instalación de los catéteres previa valoración del paciente y por personal capacitado.
- Minimice el número de intentos durante la punción

b. Afectación nerviosa

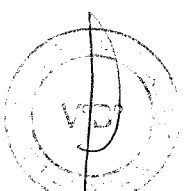
Lesión al nervio de grado variable ocasionada principalmente durante la inserción de accesos vasculares.

Causas:

- Punción directa de un nervio, o por compresión del mismo al fijar el catéter.
- Inserción del catéter por personal inexperto
- Múltiples intentos
- "Sondeo" de inserción

Manifestaciones:

- Dolor
- Parestesias.
- Dificultad para la movilización.





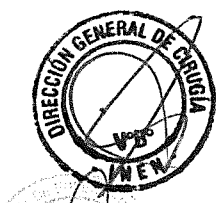
PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



Intervenciones:

- El tratamiento siempre es conservador, ya que en la mayoría de los casos estas lesiones son transitorias. Si pasado el tiempo la regeneración axonal no se ha producido (clínica ni electromiografía), se procederá a la reparación nerviosa o injerto de nervio.

Medidas preventivas:

- Procedimiento por personal capacitado
- Valoración correcta del sitio a puncionar.
- Efectuar la punción por personal calificado.
- Evitar la manipulación del estilete una vez hecha la punción.
- Evitar las punciones múltiples en el mismo sitio.

c. Hemotórax-neumotórax

Acumulación de sangre o aire en el espacio pleural.

Causas:

- Técnica de canalización errónea.
- Se presenta casi exclusivamente en la cateterización subclavia, siendo muy rara en la yugular. La vena subclavia corre inmediatamente sobre el ápex pulmonar, por lo cual puede lesionarse fácilmente.

Manifestaciones:

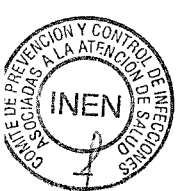
- Dolor en punta de costado.
- Tos persistente.
- Disnea.
- Taquipnea.
- Hipotensión.

Intervenciones:

- Dependerá de la magnitud del hemoneumotorax:
- La inserción de un tubo torácico de gran calibre para drenar la sangre pleural es el pilar del tratamiento del hemotórax (60). La toracotomía se reserva para pacientes con hemotórax masivo (60,61).
- Cuando el neumotórax es pequeño, puede mantenerse en observación y si no progresa se prescinde del sello de agua y el pulmón se reexpandirá en los días siguientes, sobre todo si se usa oxígeno suplementario. En pacientes sin recuperación espontánea, se debe colocar un tubo torácico para facilitar el drenaje (62).

Medidas preventivas:

- Instalación de catéteres por personal altamente calificado.
- Valoración correcta del paciente previa selección del sitio de inserción del catéter.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

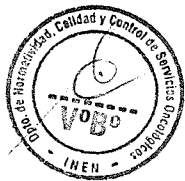
Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadeparte@dl@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

Código: GT. DNCC.INEN.011

Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax

Implementación
2023

Versión
V.01

d. **Arritmia cardiaca**

Se produce durante la inserción si el catéter se introduce demasiado. Las arritmias se verán en el monitor de ECG y se corregirán tirando del catéter hacia atrás.

e. **Migración o rotura de punta de catéter**

Manejo inmediato por radiología intervencionista para reposicionamiento o retiro.

7.5. **RECOMENDACIONES SOBRE EL MANEJO DE LAS LÍNEAS DE INFUSIÓN**

Reemplace las líneas de infusión con una frecuencia basada en la solución administrada o el tipo de administración (continua versus intermitente), o en caso de contaminación o integridad comprometida de los materiales.

La frecuencia recomendada según el tipo de perfusión es la siguiente:

- Soluciones para nutrición parenteral: al menos cada 24 h o cada vez que se conecta una nueva bolsa de nutrición (8,63-65).
- Transfusiones de sangre: al final de cada unidad de sangre (21).
- Propofol cada 6 o 12 horas y siempre que se cambie el envase con propofol (21).
- Emulsiones lipídicas: cada 12 horas (63).
- Equipo de infusión continua: no más de 96 horas (8,63,66,67).

7.6. **INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS CENTINELA**

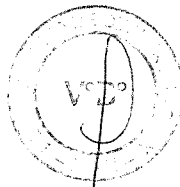
El registro, notificación, reporte de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas serán registrados con la finalidad de ser identificados oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud (ver Anexo 15).

7.7. **EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES**

El cumplimiento de la presente Guía Técnica se realiza mediante los siguientes indicadores (Tabla N°4) incluidos de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 101-MINSA-DGSP/V.01. (Ver Anexo 16).

Tabla N°4: Lista de Indicadores de evaluación:

Adhesión a la Guía de Procedimientos
Mortalidad
Complicaciones Mayores
Infecciones Intrahospitalarias
Satisfacción del Paciente
Re- ingresos a Sala de Operaciones por complicaciones
Retorno
Re- Ingreso

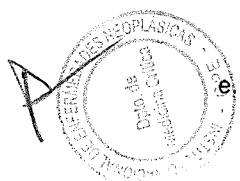
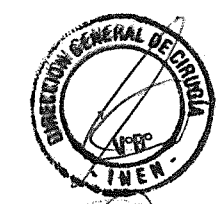
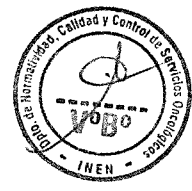




PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

7.8. NIVELES DE RESPONSABILIDAD

- a. El Departamento de Cirugía en Tórax deberá monitorizar y supervisar el cumplimiento de la presente guía técnica en todas las áreas asistenciales correspondientes.
- b. El Departamento de Anestesiología, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico deberá monitorizar y supervisar el cumplimiento de la presente guía técnica en su área asistencial correspondiente.
- c. El Departamento de Enfermería deberá monitorizar y supervisar el cumplimiento de la presente guía técnica en su área asistencial correspondiente.
- d. El Departamento de Cirugía en Tórax será el responsable de realizar la actualización de la presente Guía Técnica con una frecuencia de cada 3 años a partir de la fecha de publicación, y en un periodo menor según consideraciones especiales, además realizará la evaluación y el seguimiento de la implementación de la Guía Técnica a través de los indicadores descritos en el **Anexo 16**, con una frecuencia anual.
- e. El Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos será el encargado de realizar el seguimiento de la vigencia de la Guía Técnica y solicitará su actualización al departamento de Cirugía en Tórax cuando corresponda.
- f. Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (CPIAAS) responsable de la vigilancia epidemiológica de ITS (Infecciones del Torrente Sanguíneo) asociado a CVC a nivel institucional.

VIII. ANEXOS

- Anexo 1. Insumos médicos para la colocación de catéter venoso central pediátrico
- Anexo 2. Insumos médicos para la colocación de catéter venoso central de adultos
- Anexo 3: Material quirúrgico para colocación de catéter venoso central pediátrico y adultos
- Anexo 4. Insumos médicos para la colocación y retiro de catéter port pediátrico
- Anexo 5. Insumos médicos para la colocación y retiro de catéter port en adultos
- Anexo 6. Material quirúrgico de la caja de colocación de catéter port pediátrico y adultos
- Anexo 7. Consentimiento Informado para sedación.
- Anexo 8. Consentimiento Informado para colocación de catéter venoso central. Consentimiento Informado para colocación de catéter port.
- Anexo 9. Consentimiento Informado para colocación de catéter port.
- Anexo 10. Lista de verificación "check list"- Care Bundle de seguridad en cirugía.
- Anexo 11. Reporte operatorio.
- Anexo 12. Hoja de consumo.
- Anexo 13. Hoja de registro de Extravasación de agentes antineoplásicos.
- Anexo 14. Formato de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos.
- Anexo 15. Ficha de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas
- Anexo 16. Indicadores.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

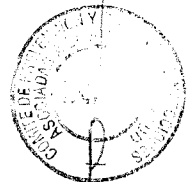
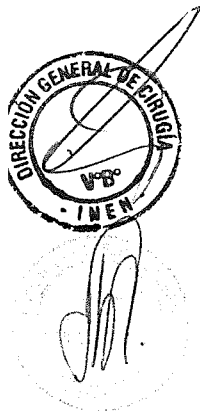
Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadenpartesdi@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud

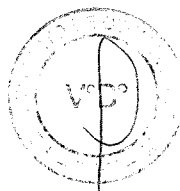


GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 1

INSUMOS MÉDICOS PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO

CATETER VENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO	
INSUMOS	CANTIDAD
AGUJA N°18	1
APOSITO DE 6X7 cm	1
APOSITO DE 10x12 cm	3
BISTURI N.º 11	1
CLORHEXIDINA 4% 60 ml	1
CONECTORES SIN AGUJA	3
EQUIPO DE VENOCLISIS	1
GASA 7.5 x7.5 cm	2
GUANTE N.º 6 ½	2
HEPARINA SODICA 25000 5 ml	1
JERINGA 10 ml	2
JERINGA 5 ml	1
LIDOCAINA 2% 20 ml S/ EPINEFRINA	1
MANGA DE POLIPROPILENO DE LAPAROSCOPIA	1
PLACA NEUTRA PEDIATRICA	1
SODIO CLORURO 0.9% 100 ml	1
Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a 3/8 cc 19 mmx70 cm. SC -20	1

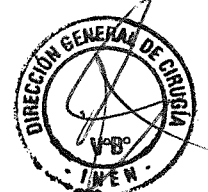




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



<p>GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

**ANEXO 2
 INSUMOS MÉDICOS PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO
 CENTRAL EN ADULTOS**

CATETER VENOSO CENTRAL ADULTOS	
INSUMOS	CANTIDAD
AGUJA N°18	1
APOSITO DE 6X7 cm	1
APOSITO DE 10x12 cm	3
BISTURI N.º 11	1
CLORHEXIDINA 4% 60 ml	1
CONECTORES SIN AGUJA	3
EQUIPO DE VENOCLISIS	1
GASA 7.5 x7.5 cm	2
GUANTE N.º 6 ½	2
HEPARINA SODICA 25000 5 ml	1
JERINGA 10 ml	2
JERINGA 5 ml	1
LIDOCAINA 2% 20 ml S/ EPINEFRINA	1
MANGA DE POLIPROPILENO DE LAPAROSCOPIA	1
SODIO CLORURO 0.9% 100 ml	1
Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a 3/8 cc 19 mmx70 cm. SC -20	1





PERÚ

Sector Salud

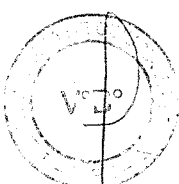
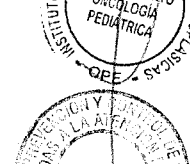
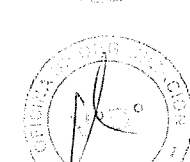


GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 3

MATERIAL QUIRÚRGICO PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO Y ADULTOS

CATETER VENOSO CENTRAL PEDIATRICO Y ADULTOS	
CANTIDAD	CONTENIDO
01	PINZA CRILLE CURVA 14 CM
01	MANGO DE BISTURI N.º 3
01	TIJERA MAYO RECTA
01	PINZA BACKAUS
01	PORTAGUJA 14 CM
01	PINZA FORESTER RECTA DE 18 CM
TOTAL	06 PIEZAS (SIN CAJA)





PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 4
INSUMOS MÉDICOS PARA LA COLOCACIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PORT
PEDIÁTRICO

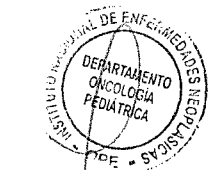
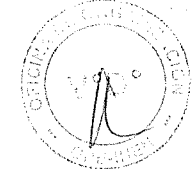
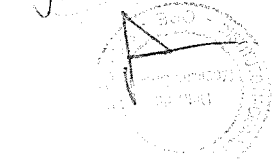
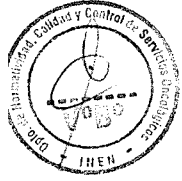
CATETER PORT PEDIÁTRICO	
INSUMOS	CANTIDAD
AGUJA N°18	1
APOSITO DE 10X12 cm	3
BISTURI N° 15	1
BISTURI N° 11	1
CLORHEXIDINA 4% 60 ml	1
CONECTORES SIN AGUJA	1
EQUIPO DE VENOCLISIS	1
GASA 7.5 x7.5 cm	2
GUANTE N.º 6 ½	2
HEPARINA SODICA 25000 5 ml	1
JERINGA 10 ml	1
JERINGA 5 ml	1
LAPIZ ELECTROCAUTERIO	1
LIDOCAINA 2% 20 ml S/ EPINEFRINA	1
MANGA DE POLIPROPILENO DE LAPAROSCOPIA	1
PLACA NEUTRA PEDIATRICA	1
SODIO CLORURO 0.9% 100 ml	1
SODIO CLORURO 0.9% 250 ml	1
Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a 3/8 cc 19 mmx70 cm. SC -20	1
Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a 3/8 cc 26 mmx70 cm. SH	1
TUBO DE ASPIRACION 2.5	1
CEFAZOLINA 1 GR	1





PERÚ

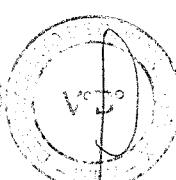
Sector Salud



<p align="center">GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p align="right">Código: GT. DNCC.INEN.011</p>	
<p>Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax</p>		<p>Implementación 2023</p>	<p>Versión V.01</p>

ANEXO 5
INSUMOS MÉDICOS PARA LA COLOCACIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PORT
EN ADULTOS

CATETER PORT ADULTO	
INSUMOS	CANTIDAD
AGUJA N°18	1
APOSITO DE 10X12 cm	3
APOSITO CON CLOREXIDINA	1
APOSITO 6x7 cm	1
BISTURI N° 15	1
BISTURI N° 11	1
CLORHEXIDINA 4% 60 ml	1
COMPRESA 15x50 cm	1
CONECTORES SIN AGUJA	3
EQUIPO DE VENOCLISIS	1
GASA 7.5 x7.5 cm	2
GUANTE N.º 6 ½	2
GUANTE ANTIVIRICO 6 ½	1
GUANTE N.º 7	2
GUANTE N.º 7 ½	2
HEPARINA SODICA 25000 5 ml	1
JERINGA 10 ml	1
JERINGA 5 ml	1
LAPIZ ELECTROCAUTERIO	1
LIDOCAINA 2% 20 ml S/ EPINEFRINA	1
MANGA DE POLIPROPILENO DE LAPAROSCOPIA	1
PLACA NEUTRA ADULTA	1
SODIO CLORURO 0.9% 100 ml	1
SODIO CLORURO 0.9% 250 ml	1

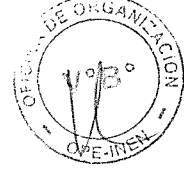
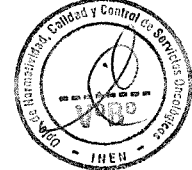




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

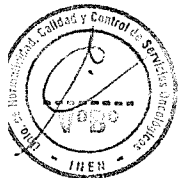
Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a 3/8 cc 19 mmx70 cm. SC -20	1
Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a 3/8 cc 26 mmx70 cm. SH	1
TUBO DE ASPIRACION 2.5	1
CEFAZOLINA 1 GR	1





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

Código: GT. DNCC.INEN.011

Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax

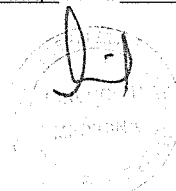
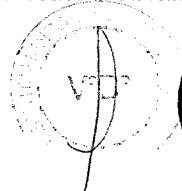
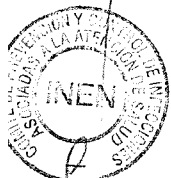
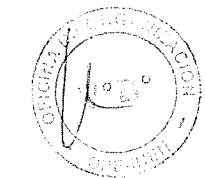
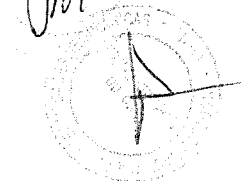
Implementación
2023

Versión
V.01



ANEXO 6
MATERIAL QUIRÚRGICO DE LA CAJA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER PORT
PEDIÁTRICO Y ADULTOS

CATETER PORT PEDIÁTRICO Y ADULTOS	
CANTIDAD	CONTENIDO
03	PINZA MOSCO CURVO
01	PINZAS BACKHAUS
01	PINZA FORESTER CURVA
02	SEPARADORES FARABEUFG ANGOSTO
01	TIJERA MAYO RECTA
01	PORTAGUJA 14 CM
01	MANGO DE BISTURI Nº7
TOTAL	10 PIEZAS (CAJA DE SILICONA)

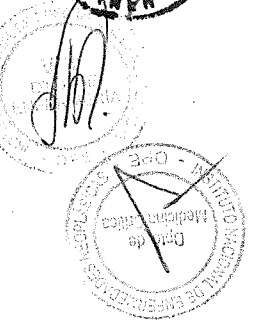
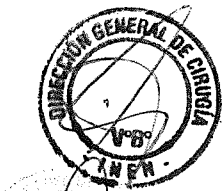
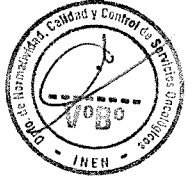




PERÚ

Sector Salud

Ministerio Nacional de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN



PERÚ

Sector Salud

Ministerio Nacional de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACION

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 118-MINSA/2018-DUGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La sedación consiste en la combinación de fármacos que llevan a un estado de tranquilidad, relajación y confort, similar al estado durante la cirugía o procedimiento, a través del cual no se sentirá dolor.

La administración de fármacos se realiza por vía endovenosa o gases inhalados, a través de una máscara de anestesia, cámara bucal o máscara de oxígeno proporcionando una oxigenación adecuada y asegurando una vía aérea permeable hasta finalizar el procedimiento. El Anestesiólogo se encargará de la dosificación de fármacos, monitoreo de las funciones vitales, transfusiones y manejo de complicaciones o se requiriera durante la cirugía o procedimiento.

Objetivo:

Realizar el procedimiento en el paciente en un estado de relajación y sin sentir dolor.

Alternativas:

Anestesia general o regional, según la condición clínica del paciente y la procedimiento.

Ventajas y/o Consecuencias de realizar el procedimiento:

La cirugía o el procedimiento se podrá realizar mientras el paciente este dormido y sin sentir dolor. Luego de la cirugía el paciente puede presentar algunas molestias como náuseas, vómitos, delirium.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

La cirugía o el procedimiento no se podrá realizar debido al dolor intenso que sufrirá el paciente.

Riesgos reales y potenciales:

- **Riesgos reales:** Se relacionan con la condición clínica al momento de la cirugía, tal como diabetes, hipertensión, obesidad, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, desnutrición, hipotermia, hipotensión, apnea obstructiva del sueño, convulsiones, accidente cerebro vascular, cardiopatía, inmunodepresión, Tabaquismo, Alcohol, uso de algunos medicamentos por ej. (aspirina o anticoagulantes), alergia a medicamentos, embarazo, lactancia (los niños deben ser informados antes de la anestesia), o debidos a la condición oncológica.
- **Riesgos potenciales:** Están relacionados con el procedimiento como dificultad para ventilar, alteración de las funciones vitales, riesgo de aspiración que es el paso del contenido gástrico a la vía aérea por no guardar un ayuno adecuado, perforación de vasos periféricos al buscar el acceso venoso, reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, lesiones permanentes o definitivas de los nervios periféricos como consecuencia de las posiciones requeridas en cada cirugía, entre otras.
- **Riesgos inherentes a la condición clínica aguda del paciente:** Neptosis, shock hipovolémico, disfunción multiorgánica que pueden condicionar: bradicardia, hipoxemia, deterioro neurológico, paro cardiorrespiratorio, muerte.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Se administran diferentes fármacos anestésicos por vía endovenosa o inhalatoria durante el procedimiento, de acuerdo con su estado, estos fármacos pueden ocasionar:

- Hipotensión
- Hipoventilación: Disminución de la cantidad de aire que entra a los pulmones, con baja en la concentración de oxígeno en sangre.
- Alteraciones neurológicas: alteraciones, convulsiones.
- Alteración en la recuperación de la función cognitiva y psicomotora.
- Reacción alérgica a alguna de los fármacos o sustancias empleadas.
- Infección o Infarto de Miocardio en pacientes con predisposición.
- Falla renal por eventos intraoperatorios.
- Paro cardiorrespiratorio: muerte.

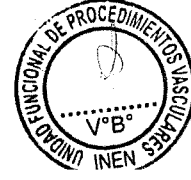
Pronóstico:

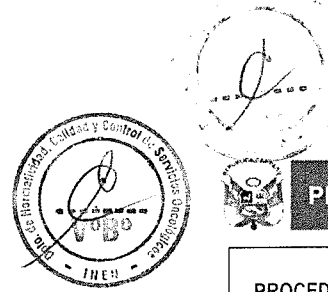
Buena () Reservado ()

Recomendaciones:

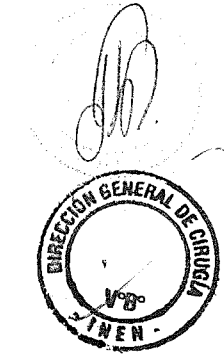
No luego de la cirugía si usted presenta, hipertensión, hipotensión, alta fiebre, taquicardia o cualquier signo de alarma por favor avisar al personal del INEN a su vez.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Angamos Este 2020 - Surquillo - Lima 34 - Tel: 201-6500 Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdi@inen.sld.pe





GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el/la Sr/a _____, con DNI/N° _____, de edad _____ años, de sexo _____, con domicilio en _____, identificado/a con el número de Documento Único Registral N° _____, con el Diagnóstico _____, declaro que he leído y he comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación. He leído y he comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación. He leído y he comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación.

SEDACIÓN

1. Haber leído y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación.
2. Haber puesto firmemente sobre las impresiones que he leído y escuchado sobre el procedimiento y la intervención quirúrgica a realizar.
3. Conocer los riesgos y beneficios del procedimiento y haberlos aceptado voluntariamente.
4. Entender las medidas que se tomarán para evitar el dolor y el malestar durante el procedimiento.
5. Entender que el consentimiento no garantiza el éxito del procedimiento.

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

FECHA: _____ HORA: _____

Firma del Paciente o Representante legal
Nombre y Apellidos _____
DNI/N° _____

Firma del Paciente o Representante legal

Firma y Sello del Médico Interventor
Nombre y Apellidos _____
C.M.P.N. N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el/la Sr/a _____, con DNI/N° _____, de edad _____ años, de sexo _____, con domicilio en _____, identificado/a con el número de Documento Único Registral N° _____, con el Diagnóstico _____, declaro que he leído y he comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación. He leído y he comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación. He leído y he comprendido la información brindada por el médico tratante sobre el procedimiento a realizar y el riesgo de la sedación.

SEDACIÓN

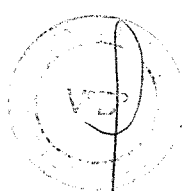
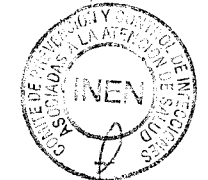
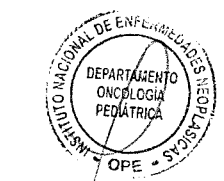
Y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

FECHA: _____ HORA: _____

Firma del Paciente o Representante legal
Nombre y Apellidos _____
DNI/N° _____

Firma del Paciente o Representante legal

Firma y Sello del Médico Interventor
Nombre y Apellidos _____
C.M.P.N. N° _____

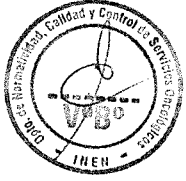




PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

ANEXO 8 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL



PERÚ

Sector Salud



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

(Ley General de Salud N° 2842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NIS 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, dependerá 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 introducir 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 per catéter, Choque de velocidad, Sobrecarga circulatoria, Edema pulmonar, Reacción alérgica, Punción arterial, Afección nerviosa, Neumotórax, Hematórax, Paro cardíaco 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:

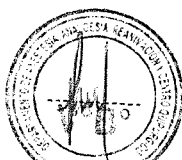
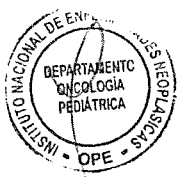
Para la realización de este procedimiento se utiliza como fármaco anestésico local a la lidocaína al 2%, la cual puede tener como reacciones adversas locales: Eritema, Edema, Prurito, Rash cutáneo. A nivel sistémico se pueden presentar reacciones alérgicas y de tipo anafiláctico, excitación o depresión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

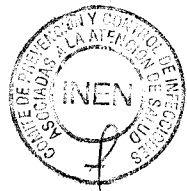
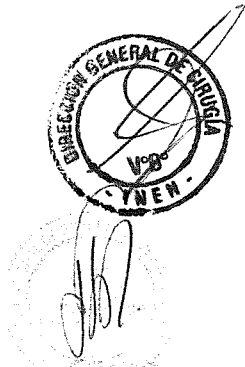
Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

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

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Angamos Este 2520 - Surquillo, Lima - 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe E-mail: mesadepartesdt@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr./Srta. _____, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, y a _____, madre/padre/apoderado/a del paciente, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, con número de Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico de _____, con el consentimiento informado de _____, Declaro:

que el Médico, _____, con DNI N° _____, con C.M.P.N. N° _____, me ha explicado que es conveniente necesario, debido al diagnóstico en el adulto, la realización de:

COLOCACION DE CATE TER VENOSO CENTRAL

- El/la paciente de sexo _____, sus representantes, con sus facultades de consentimiento informado, han leído y entendido las:
1. El/la finalidad de la intervención, sus riesgos y beneficios.
 2. El/la naturaleza, importancia y urgencia de la intervención.
 3. Los alternativas de cuidado médico y quirúrgico de la enfermedad, sus riesgos y beneficios, y los costos de cada una de ellas.
 4. El/la posibilidad de que el/la paciente pueda sufrir complicaciones graves o la muerte.
 5. Que el/la paciente puede rechazar la intervención o no volver a consentir.

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: _____

Yo, Sr./Srta. _____, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, y a _____, madre/padre/apoderado/a del paciente, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, con número de Historia Clínica N° _____, con el consentimiento informado de _____, Declaro:

que el Médico, _____, con DNI N° _____, con C.M.P.N. N° _____, me ha explicado que es conveniente necesario, debido al diagnóstico en el adulto, la realización de:

IRREVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr./Srta. _____, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, y a _____, madre/padre/apoderado/a del paciente, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, con número de Historia Clínica N° _____, con el consentimiento informado de _____, Declaro:

que el Médico, _____, con DNI N° _____, con C.M.P.N. N° _____, me ha explicado que es conveniente necesario, debido al diagnóstico en el adulto, la realización de:

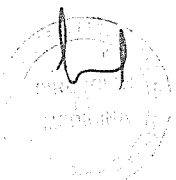
COLOCACION DE CATE TER VENOSO CENTRAL

y acepto las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud de la/s persona/s, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la institución.

Fecha: _____ Hora: _____

Yo, Sr./Srta. _____, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, y a _____, madre/padre/apoderado/a del paciente, con DNI N° _____, de edad _____ años, con domicilio en _____, calle _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, en la ciudad de Lima, Perú, con número de Historia Clínica N° _____, con el consentimiento informado de _____, Declaro:

que el Médico, _____, con DNI N° _____, con C.M.P.N. N° _____, me ha explicado que es conveniente necesario, debido al diagnóstico en el adulto, la realización de:





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023 Versión V.01

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER PORT



PERÚ

Sector Salud



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 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 (reclinado hacia 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 utilizada es 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 en caso de emergencia.

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, hemocefalia, paro cardiorrespiratorio 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 vejez, sobrecarga circulatoria.

Ante la evidencia de alguna complicación inmediata el personal a cargo tomará 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, vértigo), disnea, sudoración, náuseas, vómitos, mareos, taquicardia, hipotensión, pulso débil, palidez.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

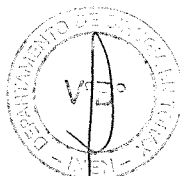
Recomendaciones:

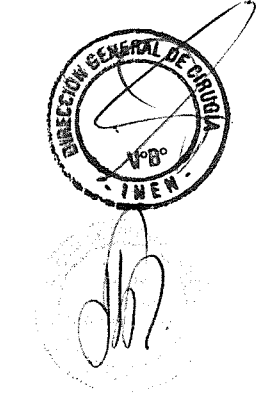
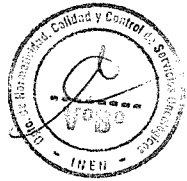
- Después del procedimiento:
- Mantener apósitos de gaso por 3 días.
 - No retirar apósitos de papel ubicado en herida operatoria.
 - No realizar esfuerzos físicos ni levantar peso por 15 días.
- En caso de presentar algún signo de alarma o complicación acudir al servicio de emergencia de INEN o de otra institución.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Angamos Este 2520, Surquillo, Lima - 24. Tel: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe E-mail: mesadepartesdi@inen.sld.pe

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520, Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdi@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



PERÚ

Sector Salud



INEN

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr(a) _____, con DNI N° _____, identificado/a con el DNI N° _____, en calidad de paciente, he leído y he comprendido el contenido de esta guía técnica, así como los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, y he dado mi consentimiento informado para que el médico _____, con DNI N° _____, proceda a realizar el procedimiento de acceso vascular central temporal o permanente en pacientes oncológicos pediátricos y adultos.

Declaro que el médico _____, con DNI N° _____, es el profesional responsable de la atención médica que me brinda y que he dado mi consentimiento informado para que proceda a realizar el procedimiento de acceso vascular central temporal o permanente en pacientes oncológicos pediátricos y adultos.

COLOCACIÓN DE CATETER PORT:

1. El paciente debe estar en posición supina, con el brazo derecho o izquierdo extendido y el codo flexionado.
2. Se debe realizar una desinfección rigurosa de la piel en el sitio de punción con alcohol y povidona yodada.
3. Se debe utilizar un apósito estéril y un vendaje elástico para fijar el catéter y evitar su desplazamiento.
4. Se debe realizar una evaluación de la circulación distal y de la sensibilidad del miembro inferior o superior.
5. Se debe realizar una evaluación de la función renal y de la función hepática.
6. Se debe realizar una evaluación de la función cardíaca y de la función pulmonar.
7. Se debe realizar una evaluación de la función neurológica.

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

FECHA: _____

FIRMA: _____

Nombre del paciente o representante legal: _____

DNI: _____

Nombre del médico: _____

DNI: _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr(a) _____, con DNI N° _____, identificado/a con el DNI N° _____, en calidad de paciente, he leído y he comprendido el contenido de esta guía técnica, así como los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, y he dado mi consentimiento informado para que el médico _____, con DNI N° _____, proceda a realizar el procedimiento de acceso vascular central temporal o permanente en pacientes oncológicos pediátricos y adultos.

COLOCACIÓN DE CATETER PORT:

Yo, Sr(a) _____, con DNI N° _____, identificado/a con el DNI N° _____, en calidad de paciente, he leído y he comprendido el contenido de esta guía técnica, así como los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, y he dado mi consentimiento informado para que el médico _____, con DNI N° _____, proceda a realizar el procedimiento de acceso vascular central temporal o permanente en pacientes oncológicos pediátricos y adultos.

FECHA: _____

FIRMA: _____

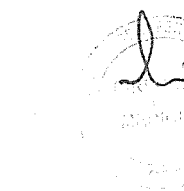
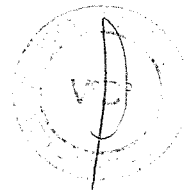
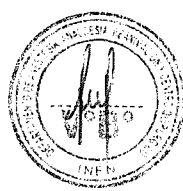
Nombre del paciente o representante legal: _____

DNI: _____

Nombre del médico: _____

DNI: _____

INEN - INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Angamos Este N° 2520, Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdi@inen.sld.pe

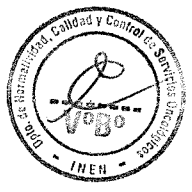




PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud
Sector Salud

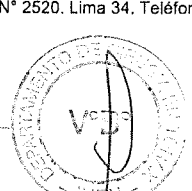
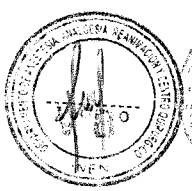


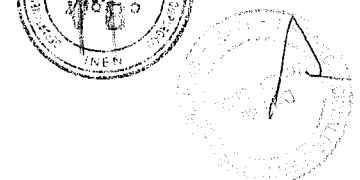
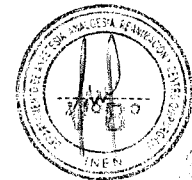
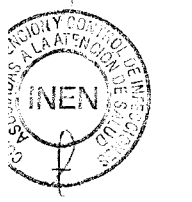
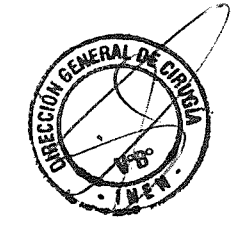
GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

ANEXO 10

LISTA DE VERIFICACIÓN "CHECK LIST" DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

ENTRADA Antes de la Administración de ANESTESIA	PAUSA Antes de la INCISIÓN cutánea	SALIDA Antes de SALIR el paciente del Quirófano
<p>CON ENFERMERO (A) Y ANESTESIOLOGO (A)</p> <p>¿El PACIENTE confirma su identidad, al sitio, habitación, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha realizado el SITIO QUIRÚRGICO?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de ANESTESIA y de su operación quirúrgica?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha realizado el PULSOXÍMETRO al paciente y ¿funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Tiene el (la) PACIENTE... ...Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, procure a ALERGIA</p> <p>...Va aérea, difícil / riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿se cuenta con el instrumental adecuado disponible?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>... Riesgo de Hemorragia > 500ml (7ml/kg en recién)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Si, ¿se ha previsto adecuado acceso venoso y flujos venoculares (sangre, plasma)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p>CON ENFERMERO (A) Y ANESTESIOLOGO (A) Y CIRUJANO(A)</p> <p>Todos los miembros del equipo programático se han presentado por su nombre y función</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano(a), Anestesiólogo(a) y Enfermero(a) confirman verbalmente la identidad del paciente, el procedimiento y sitio quirúrgico.</p> <p>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>Cirujano revisa:</p> <p><input type="checkbox"/> El paso color de la lengua</p> <p><input type="checkbox"/> Duración de la sueroterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de sangre prevenida</p> <p>Anestesiólogo verifica:</p> <p>¿El paciente presenta algún problema respiratorio?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Equipo de Enfermería ha verificado:</p> <p><input type="checkbox"/> Estabilidad de vital instrumental y equipamiento (niveles de indicadores)</p> <p>¿Se ha administrado Etilétilo Anestésico en los últimos 30 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>¿Pueden visualizarse las Imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>¿Todos los miembros del equipo han cursado con el protocolo de seguridad quirúrgica?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p style="text-align: center;">CIRUJANO CONFIRMA Y ANUNCIA INICIO DE CIRUGIA</p>	<p>CON EL (LA) ENFERMERO (A) Y ANESTESIOLOGO (A) Y CIRUJANO (A)</p> <p>Enfermero (a) confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre del procedimiento realizado</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de instrumentos, gases y sargas</p> <p><input type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Explicación de marcadores (figura en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas sin resolver con el instrumental y cables para del instrumentado, de tuber, específicos.</p> <p>Cirujano (a) anestesiólogo (a) enfermero (a) revisan:</p> <p><input type="checkbox"/> Aspetos críticos de la recuperación y tabamentero de pasajería</p>
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>N° Historia Clínica _____ Nombre y Apellidos del paciente _____ Fecha _____</p> <p>Firma del Cirujano (a) _____ Firma del Anestesiólogo (a) _____</p> <p>Firma del Consultor (a) _____</p> <p style="text-align: right;">AUTOR: TIA - INEN CORRECCION: AL 2017</p>		





GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

LISTA DE VERIFICACIÓN "CHECK LIST"
CARE BUNDLE

COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD
CARE BUNDLE PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CATÉTER VENOSO CENTRAL

FECHA DE FILIACIÓN:

SERVICIO: _____ FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: _____

WOMERE Y APELLIDOS: _____ CANAL: _____ HISTORIA CLÍNICA: _____ EDAD: _____

LA COLOCACIÓN DE: URGENTE ELECTIVA _____ Nº DE LUMEN: _____

COLOCADO EN OTRO SERVICIO (ESPECIFICAR SERVICIO Y FECHA): _____ ZONA DE INFECCIÓN: _____

CARE BUNDLE "MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL"
Enfermería Responsable del Procedimiento

FECHA:	OBSERVACIONES													
ENFERMERA RESPONSABLE (apellidos y apellidos):	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A					
1 Se verifica la temperatura del CVC y se verifica que cuenta con fecha de última conexión en su logbook.														
2 Se verifica la integridad del aparato de conexión (estado de conexión, pérdida de integridad, pérdida de integridad) presencia de succión o fuga.														
3 Realiza lavado de manos clínico antes de la manipulación del CVC.														
4 Cambio con EPP: Respirador N95 o su equivalente adecuado. Manos desinfectadas alcohólicas. Guantes estériles.														
5 Verifica la zona de inserción (hacia la forma de diámetro en blanco de conexión, sistema, ligadura y otros signos de infección) y realiza la limpieza ultrasonido conectado al 2% alcohol isopropílico 70% con técnica aséptica.														
6 Coloca apósito con características de cicatrización 7% temporario para cubrir el punto de inserción.														
7 Cambia los equipos de infusión y conecta línea de salida cada 72 horas, utilizando técnica aséptica.														
8 Limpia las puntas de inserción o lumen del catéter con alcohol isopropílico al 70% y deja secar por 15 segundos antes de la administración de medicamentos.														

N/A: No aplica.

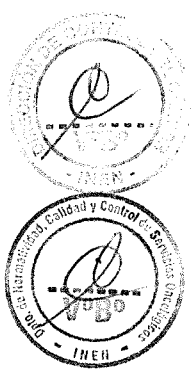
*Si la zona de inserción del paciente está sucia o húmeda se prohíbe un apósito de pasta o gasa estéril hasta que deje de sangrar.

** En caso de administración de medicamentos "NP" o similares, se realiza el cambio de fluido cada 24 horas. En su administración, se prohíbe el cambio de fluido cada 6-12 horas o cuando se cambie el sitio. En caso de alguna conexión sucia en el campo "Observaciones".

Enfermería Responsable del Servicio

Nombre y Apellido: _____
Colegiación: _____

Firma: _____



PERÚ

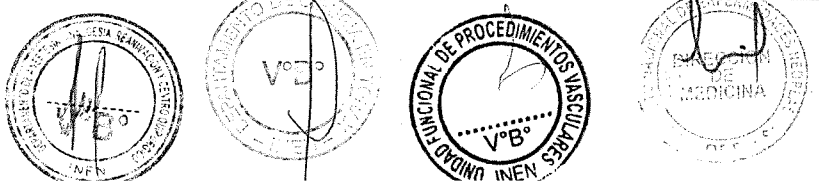
Sector Salud



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 12 HOJA DE CONSUMO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS				SALA DE OPERACIONES			
HOJA DE CONSUMO DE SALA DE OPERACIONES				FECHA: / / SALA:			
NOMBRE DEL PACIENTE:				SIS			
D.N.I. N°				H. CLÍNICA N°			
CIRUGÍA REALIZADA:				EDAD:			
MÉDICO PRINCIPAL: DR.				DEPARTAMENTO:			
ENFERMERA INSTRUMENTISTA: LIC.				ENFERMERA CIRCULANTE: LIC.			
SUTURAS		MATERIAL MEDICO		MATERIAL MEDICO		MATERIAL MEDICO	
DENOMINACIÓN	CANT	UNID MED	DENOMINACIÓN	CANT	UNID MED	DENOMINACIÓN	CANT
NYLON AZUL MONO 1/0 reanudo 1/2 ca 20 mm x 75 cm HR 30			ESPARADIPAPOTE TELA			GUANTE ESTERIL N° 5	
NYLON AZUL MONO 2/0 cortante 3/8 ca 20 mm x 75 cm DS 20			ESPARADIPAPOTE REFINADO			GUANTE ESTERIL N° 7	
NYLON AZUL MONO 3/0 cortante 3/8 ca 25 mm x 75 cm DS 25			ALARGADOR DE ELECTROCOAGULADOR			GUANTE ESTERIL N° 9	
NYLON AZUL MONO 4/0 cortante 3/8 ca 20 mm x 75 cm DS 20			ALARGADOR DE ELECTROCOAGULADOR TELA			GUANTE ESTERIL N° 8	
NYLON AZUL MONO 5/0 cortante 3/8 ca 20 mm x 75 cm DS 20			ELECTROCOAGULADOR			GUANTE ESTERIL N° 8	
NYLON AZUL MONO 6/0 cortante 3/8 ca 20 mm x 75 cm DS 20			DISPOSITIVO DE ELECTROCOAGULACION			GUANTE DE BAMBUE	
NYLON AZUL MONO 8/0 reanudo 3/8 ca 8.5 mm x 15 cm DS 6 S			LAMPINERIO DE ELECTROCOAGULACION			DEBIDA N° 20 CC	
NYLON AZUL MONO 9/0 reanudo 3/8 ca 8.5 mm x 15 cm DS 6 S			PISTA LIGADURA			DEBIDA N° 500 ml 100	
NYLON AZUL MONO 10/0 reanudo 3/8 ca 4 mm x 10 cm DS 3			LAMPINERIO ARGUMENTO			FRASCOS DE TUBO	
ACIDO POLYLACTIN 6 reanudo 1/2 ca 28 mm x 70 CT-1			LAMPINERIO ARGUMENTO			CATETER TORAXICO	
ACIDO POLYLACTIN 6 reanudo 1/2 ca 28 mm x 70 CT-1			CABLE MONOPOLAR LAPAROSCOPICO			HEMOSTATICO ZES FIBROSO	
ACIDO POLYLACTIN 1/0 reanudo 1/2 ca 35.4 mm x 70 cm CT-1			CABLE BIPOLAR LAPAROSCOPICO			HEMOSTATICO ABSORBIENTE	
ACIDO POLYLACTIN 2/0 reanudo 1/2 ca 28 mm x 75 cm S4			PISTA BIPOLAR			ESPONJA MEMOSTATICO DILIGEN	
ACIDO POLYLACTIN 3/0 reanudo 1/2 ca 28 mm x 75 cm S4			BRUJA DE LORTE COCULANTE 2.5x6 mm			ESPONJA NEUROQUIRURGICA 1/2	
ACIDO POLYLACTIN 4/0 reanudo 1/2 ca 26 mm x 70 cm S4			BRUJA DE LORTE COCULANTE 2.5x6 mm			HOJA DE BISTURI N° 20	
ACIDO POLYLACTIN 5/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			BRUJA DE LORTE COCULANTE 2.5x6 mm			HOJA DE BISTURI N° 11	
ACIDO POLYLACTIN 6/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			FREESA REDONDA DE CORTIL 4 mm			CERA DE PUECO	
ACIDO POLYLACTIN 8/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			BRUJA MAYOR CROMAL			DREN PENETRANTE 12 cm x 12	
ACIDO POLYLACTIN 9/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			BRUJA MAYOR CROMAL			SONDA FOLEY 2 VIAS N°	
ACIDO POLYLACTIN 10/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			HOJA DE CORTIL PARA RECTA			BRUJA DE CORTIL 4 mm	
ACIDO POLYLACTIN 3/0 ca 13 ca 19 mm x 70 CT-10			MECHAS			BRUJA DE CORTIL 4 mm	
ACIDO POLYLACTIN 4/0 cortante 3/8 ca 19 mm x 70 S4			EQUIPO DE RAYO			SONDA RELACION V	
ACIDO POLYLACTIN 5/0 cortante 3/8 ca 19 mm x 70 S4			CANULA DE ASPIRACION YAMALER			BRUJA DE CORTIL 4 mm	
ACIDO POLYLACTIN 6/0 cortante 1/4 ca 17 mm x 70 S4			TUBULADURA DE ALUCOBA 1 METRO			TUBULADURA	
POLIGLECAPRONE 1/0 reanudo 1/2 ca 25 mm x 70 DT-1			INCISOR DE PLASTICO RII			HEMIOCLIP	
POLIGLECAPRONE 2/0 reanudo 1/2 ca 25 mm x 70 RB-25			DREN BLAKE 19 FR			HEMIOCLIP MEDIAL	
POLIGLECAPRONE 3/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			RESERVORIO TUBO LIC			HEMIOCLIP LARGE	
POLYDIXANONE PDS 1/0 reanudo 1/2 ca 24 mm x 244 XLM			SISTEMA CIRCUITO CERRADO I.L			HEMIOCLIP XL	
POLYDIXANONE PDS 1/0 reanudo 1/2 ca 26 mm x 276 CT-1			SISTEMA CIRCUITO CERRADO I.S.I			HOJA DE DERMATOMO	
POLYDIXANONE PDS 2/0 reanudo 1/2 ca 26 mm x 70 S4			SERENA 500			CARTRIDGE DE BISTURI	
POLYDIXANONE PDS 3/0 reanudo 1/2 ca 26 mm x 70 S4			PISTA DE TUBERIA 1 CROMAL			COLECTOR DE SUCROSA 180 mm	
POLYDIXANONE PDS 4/0 reanudo 1/2 ca 26 mm x 70 S4			EVACUADOR DE CLOROX			BRUJA DE CORTIL 4 mm	
POLYDIXANONE PDS 5/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			ASA DE HELIX COEFICIENTE 1.5			RESERVORIO DE TUBO	
POLYDIXANONE PDS 6/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 70 RB-1			ASEPTO 200 mm			RESERVORIO DE TUBO	
POLIPROPILENO 3/0 reanudo 1/2 ca 28 mm x 90 V-22			BRUJA UNIDIRECTA 300			RESERVORIO DE TUBO	
POLIPROPILENO 4/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 75 2RB-1			GASA COMPRESA 15 x 15 cm			ALUCOBA DE PREPAREDADO	
POLIPROPILENO 4/0 reanudo 1/2 ca 22 mm x 90 CV-25			PACOTE DE GASA FOLIO 100			SOLUCIONES	
POLIPROPILENO 5/0 reanudo 1/2 ca 17 mm x 75 CV-25			VENIDA DE ALUCOBA			ALUCOBA PAPA	
SEDA NEGRA 1/0 reanudo 1/2 ca 30 mm x 75 HR 30			KIT X 10 PZAS (LAPAROTOMIA)			ALUCOBA DEBIDA	
SEDA NEGRA 2/0 cortante 1/2 ca 20 mm x 75 cm DS 25			KIT X 9 PZAS (LAPAR)			GUANTE ESTERIL 1000 CC	
SEDA NEGRA 3/0 cortante 3/8 ca 25 mm x 75 cm DS 25			KIT X 8 PZAS (LAPAR)			CLORURO DE SODIO 0.9% + 1000 CC	
SEDA NEGRA 4/0 reanudo 1/2 ca 20 mm x 75 cm HR 25			KIT X 8 PZAS (LAPAR)			FRASCOS	
SEDA NEGRA 5/0 reanudo 1/2 ca 20 mm x 75 cm HR 25			KIT X 8 PZAS (LAPAR)			SOLUCIONATO DE CLOROXILONA 4%	
LINO 0 - 8 x 76 ME			CAMPO INDIVIDUAL			LINER	
LINO 00 - 6 x 70 cm ME			CAMPO INDIVIDUAL			INTUBADOR BENTON	
LINO 30 - 8 x 70 cm ME			MANDIL INDIVIDUAL			ORTOPTAL DERMATOLOGIA	
LINO 40 - 10 x 75 cm ME			SABANA INDIVIDUAL			ESFONJA SOLIERNA 10%	
SEDA NEGRA 1 SIAGUJA 10x75 cm ME			EVACUADOR DE HUNCO			ESFONJA ESPUMA 85%	
SEDA NEGRA 3/0 cortante 3/8 ca 25 mm x 75 cm DS 25			LQUO DE IRRIGACION SIMPLE			DRAPADO	
SEDA NEGRA 4/0 cortante 1/2 ca 25 mm x 70 cm HR 25			PROTECTOR DE TELA PLASTICA 100			URSACOLIN	
PLASTICO PARA MESA CUADRADA			ELECTRODO EN AGUA			GAS NITROGENO	
PLASTICO PARA SCELUNA			APPOSITO TRANSPARENTE 10x10 cm			COLE	
FUNDA PARA MICROSCOPIO			HOJA DE SEDA PARA SUTURA 10x10			ESQUILA PARA ENDOSCOPIA	
FUNDAS MAYO			FRESA REDONDA 3 mm (LAP)			AGUA DE ASPIRACION TRANSPARENTE	
MANGA DE LAPAROSCOPIA			MITERIA OPTICA 1000			TRANSAMIN	
			MITERIA			ESFONJA CON CLORHEXIDINA 2%	
			TAPETE DESCONTAMINANTE			APLICADOR CLORHEXIDINA 1%	
						CELULOSA PARA CITOLOGIA	
						TUBO DE ASPIRACION	
						PISTA PARA BIOPSIA BRONCOSCOPIA	





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

Código: GT. DNCC.INEN.011

Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax

Implementación
2023

Versión
V.01



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS RUE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS



FARMACIA CIRUGIA MENOR

NOMBRE: _____

FECHA: _____

H. C.: _____

TIPO DE CIRUGIA: _____

SALA: _____

SIS: _____

CAMA: _____

PRODUCTO	SOLIC	DISP	DEVOL	PRODUCTO	SOLIC	DISP	DEVOL
Agua dest./litro				Láplz electrocauterio monop. descartable			
Atropina 0.5 mg				Láplz Demográfica (marcad. piel)			
Clorhexidina 4% x 60 ML - 120 ml				Máscara Oxígeno Adul. Ped.			
Dexametasona 4mg/2ml				Máscara de Nebulización Adul. Ped.			
Escopolamina n-butilbromuro 20 mg				Manta térmica Adul. Ped.			
Epinefrina amp				Máscara con reservorio Adul. Ped.			
Heparina 25000 UI.				Pinza Cilipadora 11 mm x 155 cm			
Lidocaina SPRAY				Pinza Cilipadora 11 mm x 235 cm			
Lidocaina 2% S/E x 20 ml. Frasco				Sonda Aspirac. c/control de flujo N°8 N°10			
Lidocaina 2% C/E x 20 ml. Frasco				Sonda Aspirac. c/control de flujo N°12 N°14			
Lidocaina GEL				Sonda Vesical Tipo Nelaton N°8 N°10			
Lidocaina 20 mg/ml x 1.8 ml C/E				Sonda Vesical Tipo Nelaton N°12 N°14			
Lidocaina 20 mg/ml x 1.8 ml S/E				Sonda Vesical Foley N° 14 N°16 N°18			
PETIDINA 100 mg				Sonda Vesical Foley N° 20 N°22			
Midazolam 5 mg/5ml				Sonda Vesical Foley N° 22 x 3 vías			
Sodio Cloruro 0.9% x litro				Sol. De Iodoformo (Dura Pred)			
Sodio Cloruro 0.9% x 500 ml				Sut. Ac. Polig. 1/0 c.a. 1/2 c.r. 36.4 mm x 70 cm CT 1			
Sodio Cloruro 0.9% x 250 ml				Sut. Ac. Polig. 2/0 c.a. 1/2 c.r. 26 mm x 70 cm SH			
Sodio Cloruro 0.9% x 100 ml				Sut. Ac. Polig. 3/0 c.a. 1/2 c.r. 17 mm x 70 cm RB-1			
Aguja hipodérmica desc. N° 18				Sut. Ac. Polig. 3/0 c.a. 3/8 c.c. 19 mm x 70 cm SC-20			
Aguja hipodérmica desc. N° 21				Sut. Ac. Polig. 3/0 c.a. 1/2 c.r. 26 mm x 70 cm SH			
Aguja hipodérmica desc. N° 23				Sut. Ac. Polig. 3/0 c.a. 3/8 c.c. 24 mm x 45 cm PS-1			
Aguja hipodérmica desc. N° 25				Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a. 1/2 c.r. 17 mm x 70 cm RB-1			
Aposito transp. Adhes. 6 x 7cm				Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a. 3/8 c.c. 19 mm x 70 cm SC-20			
Aposito transp. Adhes. 10 x 12 cm				Sut. Ac. Polig. 4/0 c.a. 1/2 c.r. 26 mm x 70 cm SH			
Após. trans. c/Glucon. Clorhexid.				Sut. Ac. Polig. 5/0 c.a. 1/2 c.r. 17 mm x 70 cm RB-1			
Bolsa Colectora de Orina				Sut. Ac. Polig. 5/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 70 cm DS-20			
Cánula binasal Ped. Adul.				Sut. Ac. Polig. 6/0 c.a. 1/2 c.r. 17 mm x 70 cm RB-1			
Catéter Endov. Perif. N° 20 G				Sut. Ac. Polig. 6/0 2ag. 1/4 espal. 8 mm x 45 cm			
Catéter Endov. Perif. N° 22 G				Sut. Ac. Polig. 6/0 c.a. 1/2 c.r. 17 mm x 70 cm RB-1			
Catéter Endov. Perif. N° 24 G				Sut. Ac. Polig. 6/0 2ag. 1/4 espal. 8 mm x 45 cm			
Gasa fracc. Estéril 7.5 x 7.5 cm				S. Nyl. azul monof. 2/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 75 cm			
Gasa parafinada 10 cm (Jelonet)				S. Nyl. azul monof. 3/0 c.a. 3/8 c.c. 25 mm x 75 cm			
Compresa gasa Quir 15 x 50 cm				S. Nyl. azul monof. 4/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 75 cm			
Compresa gasa Quir 48 x 48 cm				S. Nyl. azul monof. 5/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 75 cm			
Colector secreción (trampa)				S. Nyl. azul monof. 6/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 45 cm			
Equipo de Venoclisis				Sut. Neg. trenz. 1/0 c.a. 3/8 c.c. 30 mm x 75 cm			
Espónja Hemostática				Sut. Neg. trenz. 2/0 c.a. 3/8 c.c. 25 mm x 75 cm			
Guante quir. estéril desc. N° 6 1/2				Sut. Neg. trenz. 3/0 c.a. 3/8 c.c. 25 mm x 75cm			
Guante quir. estéril desc. N° 7				Sut. Neg. trenz. 4/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 75 cm			
Guante quir. estéril desc. N° 7 1/2				Sut. Neg. Trenz. 5/0 c.a. 3/8 c.c. 20 mm x 75 cm			
Guante quir. estéril desc. N° 8				Sut. Catgut Crom. 2/0 c.a. 1/2 c.r. 25 x 70 cm			
Guante quir. estéril desc. N° 8 1/2				Sut. Catgut Crom. 3/0 c.a. 1/2 c.r. 25 x 70 cm			
Hoja de Bisturi N° 10				Sut. Poliprop. 4/0, 2ag. 1/2 c.r. 17 mm x 75 cm			
Hoja de Bisturi N° 11				Sut. Lino multitemp. 2 s/a 8 hebras x 70 cm			
Hoja de Bisturi N° 15				Sut. Lino multitemp. 3 s/a 8 hebras x 70 cm			
Hoja de Bisturi N° 22				Sut. Lino multitemp. 4 s/a 8-10 hebras x 70 cm			
Jeringa descartable x 1 ml				Tubo de aspirac. Transpar. 9/32 in. x 2.5 m			
Jeringa descartable x 3 ml				Tubo de asp. transp. Flexible 7.1 mm x 6.1			
Jeringa descartable x 5 ml				Venda elástica 4" x 5 yds.			
Jeringa descartable x 10 ml				Venda elástica 6" x 5 yds.			
Jeringa descartable x 20 ml				OTRO:			
Jeringa descartable 60 ml pta. catet							
Llave doble vía descartable							
Llave triple vía c/extension 50 cm							

U.C. RESPONSABLE: _____

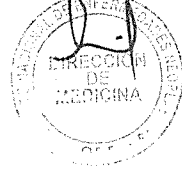
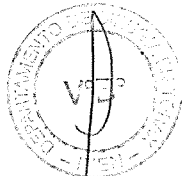
FIRMA Y SELLO DEL PRESCRIPUTOR: _____

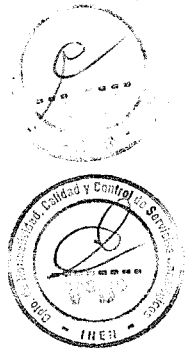
FORMATO DE HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS x 100 HOJAS / CODIGO: 475100051315 / CLASIFICADOR: 2.3.199.13 / IMPRENTA: INEN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520, Lima 34, Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe e-mail: mesadepartesdt@inen.sld.pe

pág. 60





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

ANEXO 13

HOJA DE REGISTRO DE EXTRAVASACIÓN DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS

REGISTRO DE EXTRAVASACIÓN DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS

A. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

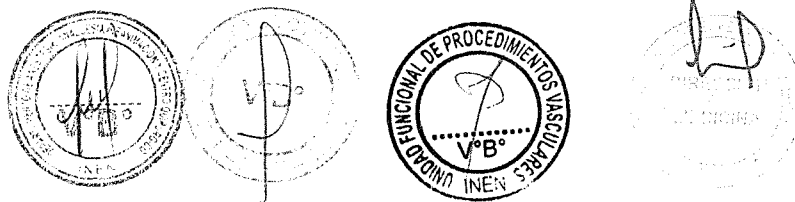
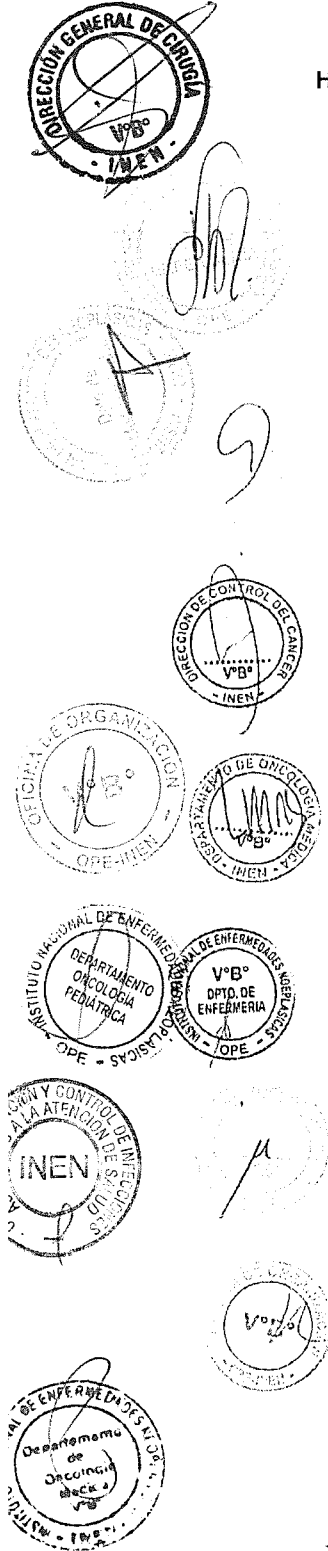
Nombre y Apellidos:
 Edad: Sexo: F..... M..... N° H.C.:
 Dirección:
 Servicio: Cama:
 Diagnóstico:
 Teléfono fijo: Celular:

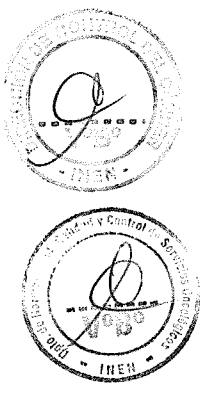
B. INFORMACIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN

Fecha y hora:
 Signos Vitales: P.A.: F.C.: F.R.: T°:
 Fármaco extravasado: Volumen aproximado extravasado:
 Esquema de tratamiento:
 Localización de la punción:
 Catéter utilizado:

C. INTERVENCIONES REALIZADAS

Medidas Iniciales	Medidas Adicionales	Información al paciente
<input type="checkbox"/> Aplicación de antídoto Dexrazosane <input type="checkbox"/> Aplicación de calor <input type="checkbox"/> Aplicación de frío <input type="checkbox"/> Aplicación de corticoides <input type="checkbox"/> Otras medidas aplicadas <input type="checkbox"/> Fotografía inicial	<input type="checkbox"/> Consulta al servicio de Cirugía <input type="checkbox"/> Consulta al Servicio de Dermatología <input type="checkbox"/> Fotografía de seguimiento	<input type="checkbox"/> Explicación de los cuidados y tratamientos a seguir. <input type="checkbox"/> Citación para próximos controles.





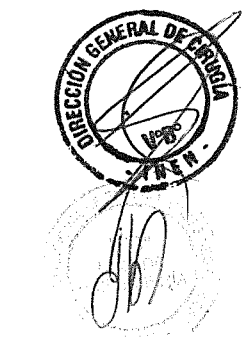
PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01



D. CALENDARIO DE SEGUIMIENTO

	Día 1	Día 3	Día 5	Día 4	Día 7	Día 14	Día 21	Día 28	Día 35	Día 42
FECHA										
Color de piel										
Aspecto										
Temperatura										
Edema										
Movilidad										
Dolor										
Fiebre										

** Ver escala

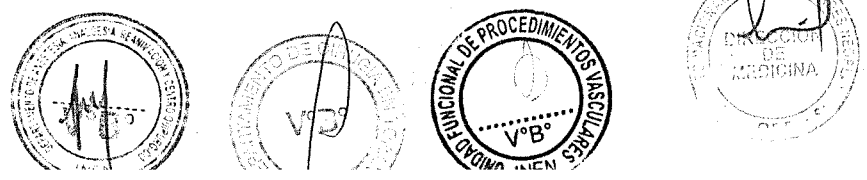
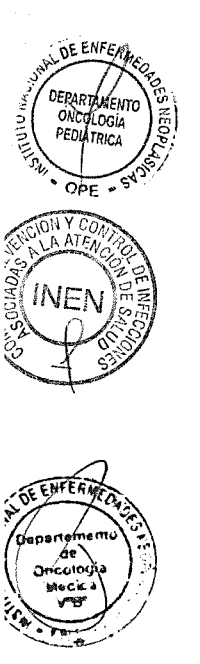
E. ESCALA DE LOS SINTOMAS

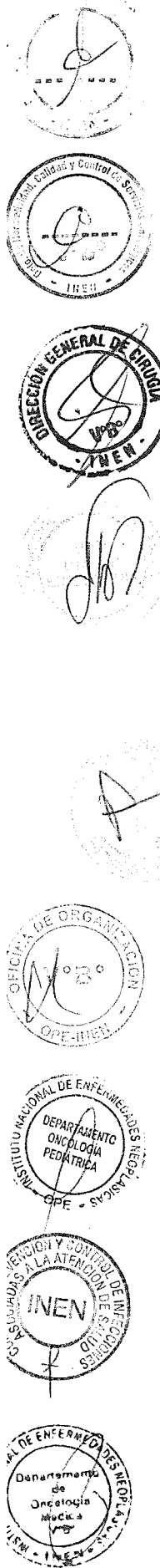
	0	1	2	3	4
Color de piel	Normal	Rosa	Rojo	Centro blanquecino y rojo alrededor	Blanco
Aspecto	Normal	Agrietada	Pérdida superficial de la piel	Pérdida de tejido subcutáneo expuesto	Pérdida de tejido muscular y necrosis
Temperatura	Normal	Algo caliente	Caliente		
Edema	Ausencia	No marcada	Muy marcada		
Movilidad	Completa	Algo limitado	Muy limitada	Inmóvil	
Dolor	Escala de 0 a 10 0= ausencia de dolor 10= dolor muy intenso				
Fiebre	Normal	Elevado			

Fuente: Adaptado de Hospital Universitario Central de Asturias para el INEN 2012.

Firma y sello del Médico

Firma y sello de la Enfermera





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 14

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

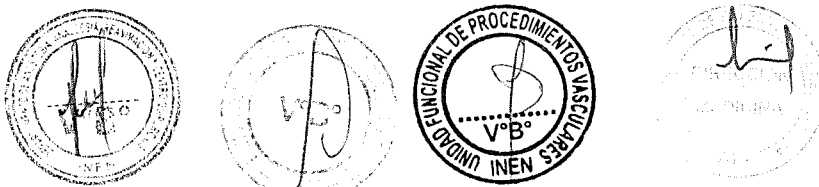
SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA

FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE						
Nombres o iniciales(*):						
Edad (*):	Sexo (*):	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Peso(Kg):	Historia Clínica y/o DNI:		
Establecimiento(*):						
Diagnóstico Principal o CIE10:						
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS:						
Marcar con "X" si la notificación corresponde a:						
<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro(Especifique):						
Describir la reacción adversa (*):					Fecha de inicio de RAM (*): Fecha final de RAM:	
					Gravedad de la RAM(Marcar con X): <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave Solo para RAM grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Nueva Fecha:	
					<input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Procujo o prolongó su hospitalización <input type="checkbox"/> Produce o causa discapacidad <input type="checkbox"/> Produce anomalía congénita	
					Desenlace(Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido	
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):						
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones medicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc):						
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)						
Nombre comercial y genérico(*)	Laboratorio	Lote	Dosis/ Frecuencia(*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio(*)	Fecha final(*)
Suspensión(Marcar con X)		Si	No	No aplica	Reexposición(Marcar con X)	
(1) ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?					(1) ¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?	
(2) ¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?					(2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?	
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:						
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario: Fecha de vencimiento: / /						
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)						
Nombre comercial y genérico	Dosis/ frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción	
E. DATOS DEL NOTIFICADOR						
Nombres y apellidos(*):						
Teléfono o Correo electrónico(*):						
Profesión(*):			Fecha de notificación: / /		N° Notificación:	
Los campos (*) son obligatorios						

Correo electrónico: farmacovigilancia@inena.gob.pe

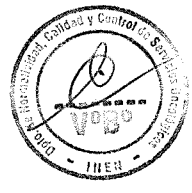




PERÚ

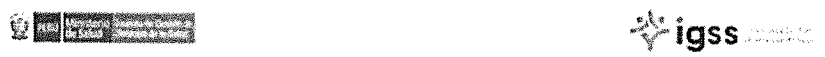
Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax	Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 15 FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS



FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

N° DE FICHA:

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

DIRECCIÓN DE SALUD / RED DE SALUD:

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

SEXO DEL PACIENTE:

EDAD:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

UMSA / SERVICIO:

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE* EVENTO ADVERSO** EVENTO CENTINELA***

* Es una circunstancia que podría haber ocurrido pero que no ocurrió en un paciente.
 ** Ocurre involuntariamente al paciente por un error de cualquier índole, sea de naturaleza o al ser de índole de fondo del paciente.
 *** Es un suceso adverso que produce la muerte, lesión física o psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO:

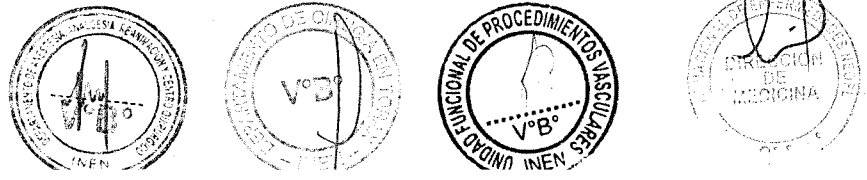
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO:

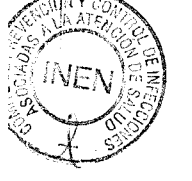
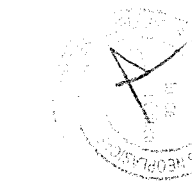
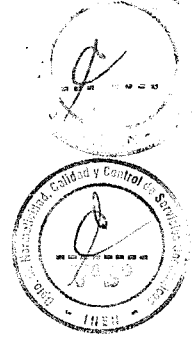
TIPO DE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO:

E. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS:

EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS (PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER SERVICIO)	EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS (PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER SERVICIO)	EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS (PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER SERVICIO)
Caida de paciente con daño Error en la identificación del paciente Intubación errónea de vía aérea Error en la medicación (falta de dosis, concentración, frecuencia, etc.) Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible	Caida de paciente al bajar de la cama Error en un órgano durante el momento de que se realiza el procedimiento Error de tiempo de infusión de medicamento Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible	Caida de paciente Error en la identificación del paciente Intubación errónea de vía aérea Error en la medicación de paciente Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible
EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS Caida de paciente con daño Error en la identificación del paciente Intubación errónea de vía aérea Error en la medicación de paciente Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible	EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS Caida de paciente al bajar de la cama Error en un órgano durante el momento de que se realiza el procedimiento Error de tiempo de infusión de medicamento Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible	EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS Caida de paciente Error en la identificación del paciente Intubación errónea de vía aérea Error en la medicación de paciente Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible
EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS Caida de paciente con daño Error en la identificación del paciente Intubación errónea de vía aérea Error en la medicación de paciente Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible	EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS Caida de paciente al bajar de la cama Error en un órgano durante el momento de que se realiza el procedimiento Error de tiempo de infusión de medicamento Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible	EVENTOS ADVERSOS COMPLEJOS Caida de paciente Error en la identificación del paciente Intubación errónea de vía aérea Error en la medicación de paciente Faltas de identificación de paciente Medicación incompatible

BASE LEGAL: Decreto Supremo N° 031-2014-SA que Aprueba el Reglamento de Infraacciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SISALUD





PERÚ

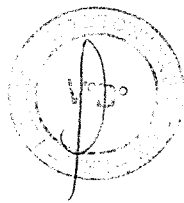
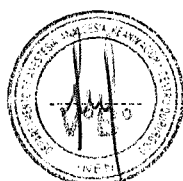
Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 16 INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Tipo de Indicador	Dimensión	Fórmula	Estándar
Adhesión a la Guía de Procedimiento Quirúrgico	Proceso	Efectividad Clínica/ Continuidad Asistencial	Porcentaje de casos manejados de acuerdo con la Guía de Procedimientos clínicos y quirúrgicos en Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia Institucional	>=95%
Mortalidad	Resultado	Seguridad Efectividad Clínica	Porcentaje de pacientes que fallecen hasta 30 días después de la intervención	0.01%
Complicaciones mayores	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de eventos graves relacionados con la operación y presentados en el mismo tiempo de permanencia en la institución. Ej: Hemotórax, Neumotórax	<=0.08%
Infecciones Intrahospitalarias	Resultado	Seguridad del paciente	Infecciones manifestadas en el paciente operado hasta 30 días después de la intervención quirúrgica	<=0.9%
Satisfacción del Paciente	Resultado	Atención centrada en el paciente	Porcentaje de pacientes que refieren estar satisfechos con la atención en el establecimiento.	>=95%
Re-ingresos a Sala de Operaciones por complicaciones	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes que después de la operación tienen que ser reintervenidos quirúrgicamente antes de ser dados de alta o transferidos de la institución.	<=0.3%
Retorno	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes que después de ser dados de alta regresan a la institución o a otro hospital para evaluación, tratamiento o internamiento, no programados previamente, hasta 28 días después del alta.	<=0.5%
Reingreso	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes que son hospitalizados luego de haber retornado a la institución u otro hospital para ser evaluados o tratados por complicaciones, hasta 28 días después del alta.	<=0.5%





PERÚ

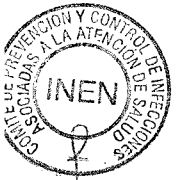
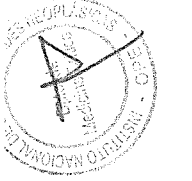
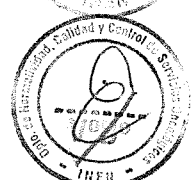
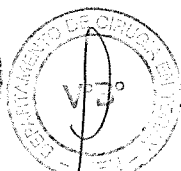
Sector Salud

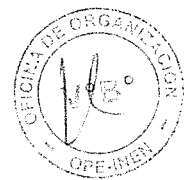
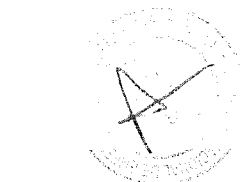
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

NOMBRE DEL INDICADOR	Fuente de Información	Periodicidad	Responsable
Adhesión a la Guía de Procedimiento Quirúrgico	Historia clínica	Anual	Departamento de Cirugía en Tórax Comité de Auditoría en Salud Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro quirúrgico Departamento de Enfermería
Mortalidad	Historia clínica	Semestral	Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer
Complicaciones mayores	Historia clínica	Semestral	Departamento de Cirugía en Tórax Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro quirúrgico.
Infecciones Intrahospitalarias	Historia clínica	Semestral	Departamento de Cirugía en Tórax.
Satisfacción del Paciente	Encuestas	Anual	Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos. Departamento de Cirugía en Tórax.
Re-ingresos a Sala de Operaciones por complicaciones	Historia clínica	Trimestral	Departamento de Cirugía en Tórax
Retorno	Hoja FUA	Trimestral	Departamento de Cirugía en Tórax.
Reingreso	Hoja FUA	Trimestral	Departamento de Cirugía en Tórax.





PERÚ

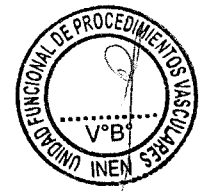
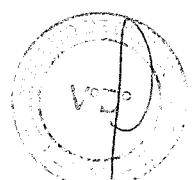
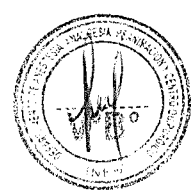
Sector Salud



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Bishop L, Dougherty L, Bodenham A, Mansi J, Crowe P, Kibbler C, et al. Guidelines on the insertion and management of central venous access devices in adults. *Int J Lab Hematol.* agosto de 2007;29(4):261-78.
2. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 de julio de 2009;49(1):1-45.
3. Paleczny J, Banyś-Jaferník B, Gazurek K, Kierpieć K, Szczerba H, Zipser P. Long-term totally implantable venous access port systems--one center experience. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2013;45(4):215-22.
4. Maki DG. Yes, Virginia, Aseptic Technique Is Very Important: Maximal Barrier Precautions During Insertion Reduce the Risk of Central Venous Catheter-Related Bacteremia. *Infect Control Hosp Epidemiol.* abril de 1994;15(4):227-30.
5. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 28 de diciembre de 2006;355(26):2725-30.
6. Cellini M, Bergadano A, Crocoli A, Badino C, Carraro F, Sidro L, et al. Guidelines of the Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology for the management of the central venous access devices in pediatric patients with onco-hematological disease. *J Vasc Access.* enero de 2022;23(1):3-17.
7. Sousa B, Furlanetto J, Hutka M, Gouveia P, Wuerstlein R, Mariz JM, et al. Central venous access in oncology: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* septiembre de 2015;26 Suppl 5:v152-168.
8. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control.* mayo de 2011;39(4 Suppl 1):S1-34.
9. Secola R, Azen C, Lewis MA, Pike N, Needleman J, Spoto R, et al. A crossover randomized prospective pilot study evaluating a central venous catheter team in reducing catheter-related bloodstream infections in pediatric oncology patients. *J Pediatr Oncol Nurs Off J Assoc Pediatr Oncol Nurses.* 2012;29(6):307-15.
10. Jorge López González, José Luis López Prats, M.ª Ángeles Murillo Pozo, Olalla Moyano Leiva, María Slöcker Barrio, et al. Canalización vascular ecoguiada en Pediatría. (Protocolo diagnóstico y terapéutico). *Revista de Pediatría.* 2021;1:379-92.
11. Brydges N, Mundie T, Brydges G. Advanced Practice Providers in the Oncologic Intensive Care Unit. En: Nates JL, Price KJ, editores. *Oncologic Critical Care [Internet].* Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 7 de agosto de 2023]. p. 65-73. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_17
12. Schiffer CA, Bohlke K, Delaney M, Hume H, Magdalinski AJ, McCullough JJ, et al. Platelet Transfusion for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 de enero de 2018;36(3):283-99.
13. Gehrie EA, Frank SM, Visagie M, Grabowski MK, Tobian AAR, Strockbine VL, et al. One-unit compared to two-unit platelet transfusions for adult oncology outpatients. *Vox Sang.* julio de 2019;114(5):517-22.

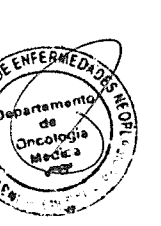
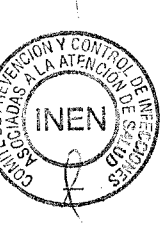
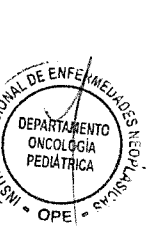
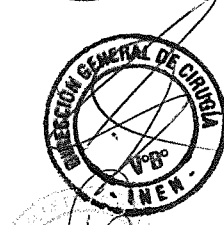
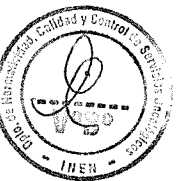




PERÚ

Sector Salud

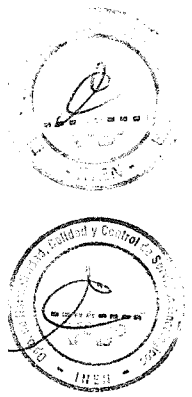
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

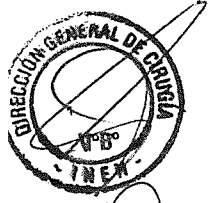
14. McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 6 de agosto de 2023]. Vías venosas centrales. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1479§ionid=99174620>
15. Holcomb JB, Tilley BC, Baraniuk S, Fox EE, Wade CE, Podbielski JM, et al. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. *JAMA*. 3 de febrero de 2015;313(5):471-82.
16. Doyle DJ, Hendrix JM, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>
17. Niederhuber JE, Ensminger W, Gyves JW, Liepman M, Doan K, Cozzi E. Totally implanted venous and arterial access system to replace external catheters in cancer treatment. *Surgery*. octubre de 1982;92(4):706-12.
18. Ares G, Hunter CJ. Central venous access in children: indications, devices, and risks. *Curr Opin Pediatr*. junio de 2017;29(3):340-6.
19. Blum LV, Abdel-Rahman U, Klingebiel T, Fiegel H, Gfroerer S, Rolle U. Tunneled central venous catheters in children with malignant and chronic diseases: A comparison of open vs. percutaneous implantation. *J Pediatr Surg*. mayo de 2017;52(5):810-2.
20. Dzierzega M, Ossowska M, Chmiel D, Wiczorek A, Balwierz W. The malposition of central venous catheters in children. *Pol J Radiol*. 2014;79:275-8.
21. The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. *Home Healthc Now*. enero de 2017;35(1):E1-2.
22. Dassinger MS, Renaud EJ, Goldin A, Huang EY, Russell RT, Streck CJ, et al. Use of real-time ultrasound during central venous catheter placement: Results of an APSA survey. *J Pediatr Surg*. julio de 2015;50(7):1162-7.
23. Lamperti M, Bodenham AR, Pittiruti M, Blaivas M, Augoustides JG, Elbarbary M, et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular access. *Intensive Care Med*. julio de 2012;38(7):1105-17.
24. Pittiruti M. Ultrasound guided central vascular access in neonates, infants and children. *Curr Drug Targets*. junio de 2012;13(7):961-9.
25. Bruzoni M, Slater BJ, Wall J, St Peter SD, Dutta S. A prospective randomized trial of ultrasound- vs landmark-guided central venous access in the pediatric population. *J Am Coll Surg*. mayo de 2013;216(5):939-43.
26. Spencer TR, Pittiruti M. Rapid Central Vein Assessment (RaCeVA): A systematic, standardized approach for ultrasound assessment before central venous catheterization. *J Vasc Access*. mayo de 2019;20(3):239-49.
27. Hayashi H, Amano M. Does ultrasound imaging before puncture facilitate internal jugular vein cannulation? Prospective randomized comparison with landmark-guided puncture in ventilated patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. octubre de 2002;16(5):572-5.
28. Choi SW, Chang L, Hanauer DA, Shaffer-Hartman J, Teitelbaum D, Lewis I, et al. Rapid reduction of central line infections in hospitalized pediatric oncology patients through simple quality improvement methods. *Pediatr Blood Cancer*. febrero de 2013;60(2):262-9.
29. Rinke ML, Chen AR, Bundy DG, Colantuoni E, Fratino L, Drucis KM, et al. Implementation of a central line maintenance care bundle in hospitalized pediatric oncology patients. *Pediatrics*. octubre de 2012;130(4):e996-1004.
30. Duffy EA, Rodgers CC, Shever LL, Hockenberry MJ. Implementing a Daily Maintenance Care Bundle to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Pediatric





PERÚ

Sector Salud



Handwritten signature

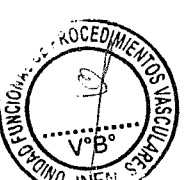
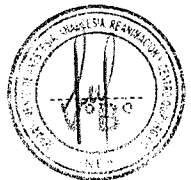
Handwritten signature

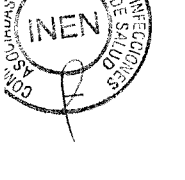
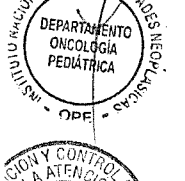
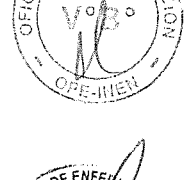
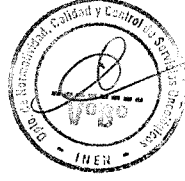


GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011	
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS			
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

Oncology Patients. J Pediatr Oncol Nurs Off J Assoc Pediatr Oncol Nurses. 2015;32(6):394-400.

31. Dandoy CE, Hausfeld J, Flesch L, Hawkins D, Demmel K, Best D, et al. Rapid cycle development of a multifactorial intervention achieved sustained reductions in central line-associated bloodstream infections in haematology oncology units at a children's hospital: a time series analysis. *BMJ Qual Saf.* agosto de 2016;25(8):633-43.
32. Mermel LA, Farr BM, Sherertz RJ, Raad II, O'Grady N, Harris JS, et al. Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 de mayo de 2001;32(9):1249-72.
33. Journeycake JM, Buchanan GR. Thrombotic complications of central venous catheters in children. *Curr Opin Hematol.* septiembre de 2003;10(5):369-74.
34. Matsuzaki A, Suminoe A, Koga Y, Hatano M, Hattori S, Hara T. Long-term use of peripherally inserted central venous catheters for cancer chemotherapy in children. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* febrero de 2006;14(2):153-60.
35. Skinner R, Koller K, McIntosh N, McCarthy A, Pizer B, United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG), et al. Prevention and management of central venous catheter occlusion and thrombosis in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer.* abril de 2008;50(4):826-30.
36. Thurman CB, Abbott M, Liu J, Larson E. Risk for Health Care-Associated Bloodstream Infections in Pediatric Oncology Patients With Various Malignancies. *J Pediatr Oncol Nurs Off J Assoc Pediatr Oncol Nurses.* 2017;34(3):196-202.
37. Schiffer CA, Mangu PB, Wade JC, Camp-Sorrell D, Cope DG, El-Rayes BF, et al. Central venous catheter care for the patient with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 de abril de 2013;31(10):1357-70.
38. Rj S, Eo S, S R, P G, T R, D M. Single- vs double-lumen central venous catheters in pediatric oncology patients. *Am J Dis Child* 1960 [Internet]. agosto de 1988 [citado 5 de agosto de 2023];142(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3394681/>
39. Chaiyakunapruk N, Veenstra DL, Lipsky BA, Saint S. Chlorhexidine compared with povidone-iodine solution for vascular catheter-site care: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 4 de junio de 2002;136(11):792-801.
40. Mimos O, Villeminey S, Ragot S, Dahyot-Fizelier C, Laksiri L, Petitpas F, et al. Chlorhexidine-based antiseptic solution vs alcohol-based povidone-iodine for central venous catheter care. *Arch Intern Med.* 22 de octubre de 2007;167(19):2066-72.
41. Prophylactic antibiotics for preventing Gram positive infections associated with long-term central venous catheters in oncology patients - PubMed [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24277633/>
42. Practice Guidelines for Central Venous Access 2020: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Central Venous Access. *Anesthesiology.* enero de 2020;132(1):8-43.
43. McCarthy CJ, Behravesh S, Naidu SG, Oklu R. Air Embolism: Practical Tips for Prevention and Treatment. *J Clin Med.* 31 de octubre de 2016;5(11):93.
44. Giraldo Gutiérrez DS, Bautista Sánchez J, Reyes Patiño RD. Supraclavicular approach for subclavian vein catheterization in pediatric anesthesia: The reborn of an ancient technique with the ultrasound's assistance. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* mayo de 2019;66(5):267-76.
45. Broviac JW, Cole JJ, Scribner BH. A silicone rubber atrial catheter for prolonged parenteral alimentation. *Surg Gynecol Obstet.* abril de 1973;136(4):602-6.





PERÚ

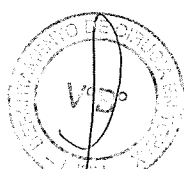
Sector Salud

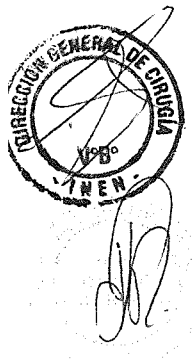
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA		Código: GT. DNCC.INEN.011
PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023
		Versión V.01

46. Hickman RO, Buckner CD, Clift RA, Sanders JE, Stewart P, Thomas ED. A modified right atrial catheter for access to the venous system in marrow transplant recipients. *Surg Gynecol Obstet.* junio de 1979;148(6):871-5.
47. Yevzlin AS, Song GU, Sanchez RJ, Becker YT. Fluoroscopically guided vs modified traditional placement of tunneled hemodialysis catheters: clinical outcomes and cost analysis. *J Vasc Access.* 2007;8(4):245-51.
48. Watters VA, Grant JP. Use of electrocardiogram to position right atrial catheters during surgery. *Ann Surg.* febrero de 1997;225(2):165-71.
49. Rossetti F, Pittiruti M, Lamperti M, Graziano U, Celentano D, Capozzoli G. The intracavitary ECG method for positioning the tip of central venous access devices in pediatric patients: results of an Italian multicenter study. *J Vasc Access.* 2015;16(2):137-43.
50. Chang TC, Funaki B, Szymiski GX. Are routine chest radiographs necessary after image-guided placement of internal jugular central venous access devices? *AJR Am J Roentgenol.* febrero de 1998;170(2):335-7.
51. Caridi JG, West JH, Stavropoulos SW, Hawkins IF. Internal jugular and upper extremity central venous access in interventional radiology: is a postprocedure chest radiograph necessary? *AJR Am J Roentgenol.* febrero de 2000;174(2):363-6.
52. Brown JR, Slomski C, Saxe AW. Is routine postoperative chest x-ray necessary after fluoroscopic-guided subclavian central venous port placement? *J Am Coll Surg.* abril de 2009;208(4):517-9.
53. Dal Molin A, Allara E, Montani D, Milani S, Frassati C, Cossu S, et al. Flushing the central venous catheter: is heparin necessary? *J Vasc Access.* 2014;15(4):241-8.
54. Ignatov A, Ignatov T, Taran A, Smith B, Costa SD, Bischoff J. Interval between port catheter flushing can be extended to four months. *Gynecol Obstet Invest.* 2010;70(2):91-4.
55. Diaz JA, Rai SN, Wu X, Chao JH, Dias AL, Kloecker GH. Phase II Trial on Extending the Maintenance Flushing Interval of Implanted Ports. *J Oncol Pract.* enero de 2017;13(1):e22-8.
56. Goossens GA, Jérôme M, Janssens C, Peetermans WE, Fieuws S, Moons P, et al. Comparing normal saline versus diluted heparin to lock non-valved totally implantable venous access devices in cancer patients: a randomised, non-inferiority, open trial. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* julio de 2013;24(7):1892-9.
57. Totally Implantable Venous Access Devices [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-88-470-2373-4>
58. Gouin-Thibault I, Achkar A, Samama MM. The thrombophilic state in cancer patients. *Acta Haematol.* 2001;106(1-2):33-42.
59. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 14 de noviembre de 2014;35(43):3033-69, 3069a-3069k.
60. Guilbert MC, Elkouri S, Bracco D, Corriveau MM, Beaudoin N, Dubois MJ, et al. Arterial trauma during central venous catheter insertion: Case series, review and proposed algorithm. *J Vasc Surg.* octubre de 2008;48(4):918-25; discussion 925.
61. Biswas S, Sidani M, Abrol S. Emergent Median Sternotomy for Mediastinal Hematoma: A Rare Complication following Internal Jugular Vein Catheterization for Chemoport Insertion—A Case Report and Review of Relevant Literature. *Case Rep Anesthesiol.* 2014;2014:190172.
62. Laronga C, Meric F, Truong MT, Mayfield C, Mansfield P. A treatment algorithm for pneumothoraces complicating central venous catheter insertion. *Am J Surg.* diciembre de





GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL TEMPORAL O PERMANENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código: GT. DNCC.INEN.011	
Emisor: Departamento de Cirugía en Tórax		Implementación 2023	Versión V.01

2000;180(6):523-6; discussion 526-527.

63.Ullman AJ, Cooke ML, Gillies D, Marsh NM, Daud A, McGrail MR, et al. Optimal timing for intravascular administration set replacement. Cochrane Database Syst Rev. 15 de septiembre de 2013;2013(9):CD003588.

64.Velasquez Reyes DC, Bloomer M, Morphet J. Prevention of central venous line associated bloodstream infections in adult intensive care units: A systematic review. Intensive Crit Care Nurs. diciembre de 2017;43:12-22.

65.Sherertz RJ, Karchmer TB, Palavecino E, Bischoff W. Blood drawn through valved catheter hub connectors carries a significant risk of contamination. Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol. diciembre de 2011;30(12):1571-7.

66.Marschall J, Mermel LA, Fakhri M, Hadaway L, Kallen A, O'Grady NP, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol. septiembre de 2014;35 Suppl 2:S89-107.

67.Ayers P, Adams S, Boullata J, Gervasio J, Holcombe B, Kraft MD, et al. A.S.P.E.N. parenteral nutrition safety consensus recommendations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014;38(3):296-333.

