

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN DE CATÉTER EN VASOS UMBILICALES ARTERIAL Y/O VENOSO SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

NÚMERO DE CÉDULA / HCU DEL PACIENTE: _____

FECHA: ____ / ____ / 20____ HORA: ____ : ____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

TIPO DE ATENCIÓN: Hospitalización: _____

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: (Codificación CIE 10) _____

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Inserción de catéter en vasos umbilicales (arterial/venoso)

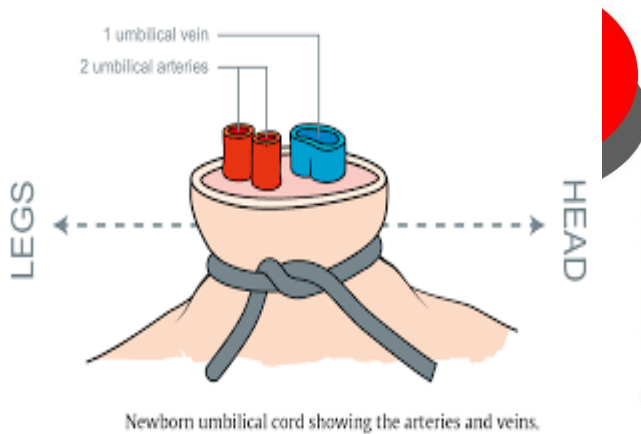
¿EN QUÉ CONSISTE?

Consiste en introducir un catéter en los vasos umbilicales del recién nacido, ya sea en la vena o/y en una de las 2 arterias umbilicales, para tener un acceso vascular rápido y administrar soluciones, medicamentos, tomar muestras y medir parámetros vitales invasivos.

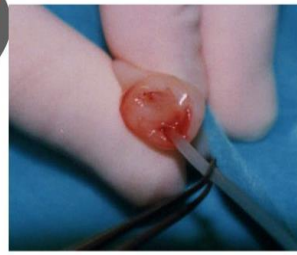
¿CÓMO SE REALIZA?

- El recién nacido será colocado en una cuna de calor radiante en decúbito supino (acostado), se fijan las 4 extremidades para facilitar el procedimiento y exposición de la región umbilical.
- Se mantendrá monitoreo continuo de los signos vitales (Frecuencia cardíaca, respiratoria, saturaciones, tensiones arteriales y temperatura)
- Es preparado un equipo completo para cateterizar vías umbilicales
- Previo lavado quirúrgico de las manos se iniciará el procedimiento, una vez identificadas las dos estructuras anatómicas, la vena y las arterias se procederá a cortar el cordón umbilical con una hoja de bisturí e insertar el catéter venoso y/o arterial de acuerdo a las normas establecidas en los protocolos del Ministerio de Salud Pública y la Unidad de Neonatología de HGONA.
- A continuación se verificará el retorno sanguíneo realizando un control radiológico para verificar su posición sea la adecuada y fijar el catéter.
- Una vez completado el procedimiento será rotulado colocando la fecha, hora, responsable y medida a la que está fijada, nos ayuda para control de tiempo de permanencia y curaciones a realizar.

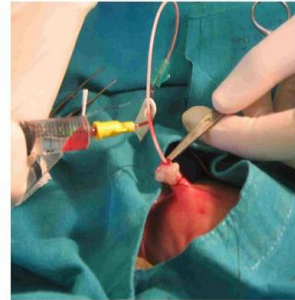
GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN



Vena umbilical



Introducir catéter purgado



Ubicar catéter (3-5 cm)
Aspirar sangre

DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: 60 minutos

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:

- Administrar líquidos endovenosos
- Monitorizar la presión venosa central
- Extraer muestras de sangre frecuentes
- Exanguinotransfusión parcial y total
- Infundir medicación de emergencia
- Acceso venoso de largo plazo en recién nacido de peso extremadamente bajo.

RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):

- Hemorragias, perforación de los vasos sanguíneos
- vasoespasmo de las extremidades
- Enterocolitis necrosante (alteraciones tracto gastrointestinal/ problemas de alimentación)
- Arritmia cardiaca (Es la presencia de latidos anormales de corazón ya sea en aumento o disminución)

RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):

- Hipertensión portal
- Infecciones
- Necrosis hepática
- Embolia gaseosa
- Hipertensión debido a estenosis de la arteria renal por ubicación inadecuada

DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores etc.):

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

Alternativas del procedimiento:

1. Colocar vía percutánea
2. Colocar una vía central

Para realizar estos procedimientos debe ser firmado el consentimiento informado respectivo.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:



- Vigilancia de sangrados
- Curaciones y toma de muestras con todas las medidas de asepsia.
- Mantener el catéter el menor tiempo posible y/o en tiempo estimado en los protocolos de acuerdo y a la condición clínica del recién nacido para posteriormente cambiar a una vía percutánea o una vía central en caso de ser necesario.
- Si se presenta algún efecto secundario ya antes mencionado el dispositivo será retirado inmediatamente brindando información al personal de salud responsable del paciente y a los familiares.

CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____ / ____ / 20__ **Hora:** ____ : ____

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente

Firma del paciente o
huella, según el caso

Cédula de ciudadanía

Nombre del profesional que realizó el procedimiento

Firma, sello y código del profesional realizó
el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante

Firma del representante
legal

Cédula de ciudadanía
representante legal

Parentesco

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____ / ____ / 20__ **Hora:** ____ : ____

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, **no autorizo** y **me niego** a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.



Nombre completo del paciente

Firma del paciente o
huella, según el caso

Cédula de ciudadanía

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante

Firma del representante
legal

Cédula de ciudadanía
representante legal

Parentesco

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: ____ / ____ / 20____. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente

Firma del paciente o
huella, según el caso

Cédula de ciudadanía

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante

Firma del representante
legal

Cédula de ciudadanía
representante legal

Parentesco

Realizado por:	Revisado por:	Revisado por:	Validado por:	Aprobado por:
 Dra. Mónica Díaz T. PEDIATRA NEONATOLOGÍA C.O. 080202754-3 Dra. Mónica Díaz T. Médico Especialista Pediatría/Neonatología	 Mgs. Ana Dávalos Trujillo Coordinador de la Unidad de Calidad	 Dr. Diego Vaca Subdirector de Especialidades Clínicas y/o Quirófanos, Subrogante	 Esp. Caydel Rodríguez G. Director Asistencial	 Dr. Roberto Beletanga Gerente HGONA

Dr. Diego Vaca Escobar
GINECÓLOGO - OBSTETRA
Cod. MSP 1719098707