

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

26 JUL. 2018

VISTO:

El expediente N° 18-011696-001-INSN-SB, sobre aprobación del Consentimiento Informado de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo 4° de la precitada Ley, establece que "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. (...)";

Que, el literal a) del numeral 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, establece que toda persona tiene derecho "A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, (...)";

Que, el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, establece que "El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria";

Que, el inciso a) del artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que es función del Director Médico el "planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos";

Que, el numeral 4.1 de Definiciones de las Disposiciones Generales de la Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante la Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, establece que el Consentimiento Informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad,

pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;

Que, mediante la Nota Informativa N° 0475-2018-SUAIEPEQ-INSNSB, la Jefa del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite el "Consentimiento Informado para la realización de Bipartición Facial u Osteotomías Orbitarias para Tratamiento de Hipertelorismo", elaborado por la especialidad de Cirugía Cabeza y Cuello, para su aprobación mediante la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Que, mediante la Nota Informativa N° 328-2018-UAIE-INSN,SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada emite opinión favorable al "Consentimiento Informado para la realización de Bipartición Facial u Osteotomías Orbitarias para Tratamiento de Hipertelorismo";

Que, mediante la Nota Informativa N° 00474-2018-UGC-INSN-SB, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General la aprobación del "Consentimiento informado para la realización de Bipartición Facial u Osteotomías Orbitarias para el tratamiento de Hipertelorismo" elaborado por la especialidad de Cirugía de Cabeza Cuello y Maxilo Facial, el cual cuenta con la opinión favorable de la Unidad de Atención Integral Especializada, Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas y la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante el Memorando N° 381-2018-DG/INSN-SB, la Directora General solicita la elaboración de la Resolución Directoral de aprobación del Consentimiento Informado para la realización de Bipartición Facial u Osteotomías Orbitarias para Tratamiento de Hipertelorismo; elaborado por la Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en la Ley N°26842 Ley General de Salud, en la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en el Decreto Supremo N°013-2006-SA, en la Resolución Ministerial N°512-2014/MINSA, en la Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- Aprobar el formato de Consentimiento Informado de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, que como anexo adjunto forma parte de la presente resolución, según se detalla a continuación:

- Consentimiento Informado para la realización de Bipartición Facial u Osteotomías Orbitarias para Tratamiento de Hipertelorismo.

ARTÍCULO 2.- Encargar a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada al Paciente de Especialidades Quirúrgicas la implementación del formato para la realización de Bipartición Facial u Osteotomías Orbitarias para el Tratamiento de Hipertelorismo.

ARTÍCULO 3.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso del formato aprobado con la presente resolución.

ARTÍCULO 4.- Disponer la publicación de la presente Resolución, en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE,



insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulma Tomás Gonzáles
DIRECTORA GENERAL



EZTG/BSPB/dpm

Distribución

- () Titular
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Atención Integral Especializada
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Tecnologías de la Información
- () Archivo



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BIPARTICIÓN FACIAL U OSTEOTOMÍAS ORBITARIAS PARA TRATAMIENTO DE HIPERTELORISMO

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaris de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/20..../INSNSB)

PROCEDIMIENTO DE DE BIPARTICIÓN FACIAL U OSTEOTOMÍAS ORBITARIAS

Especialidad: Cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial

Diagnóstico

Hipertelorismo se define como el aumento de la distancia entre las paredes internas de ambas órbitas.

Descripción del Procedimiento

Corte de los huesos que conforman las cavidades orbitarias de ambos lados para reducir la distancia entre éstos.

Objetivos del Procedimiento

El objetivo del tratamiento quirúrgico es disminuir quirúrgicamente la distancia entre las órbitas.

Beneficios Esperados

Mejorar la estética orbitaria.

Riesgos ó Complicaciones Frecuentes

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos ó Complicaciones poco Frecuentes

Osteomielitis, Disminución de la agudeza visual, Ceguera, Glaucoma, Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Trombosis seno cavernoso, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

Persistencia de la malformación cráneo-máxilo-facial.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

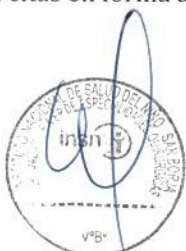
No Hay Tratamiento Alternativo.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente : Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, lesión del nervio olfatorio, óptico, motor ocular común, patético, motor ocular externo, infraorbitario, facial, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir.

Pronóstico : Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones :

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

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

Declaro :

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha
explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de:
(Procedimiento /Cirugía)..... sobre el cual he sido informado. Así mismo he
comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para (Procedimiento /Cirugía)

San Borja, dedel 20



Huella Digital

**Firma del Representante Legal
Responsable**

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

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

San Borja, dedel 20



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico

CMP N° _____

RNE N° _____

