



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 20 SET. 2018

VISTO:

El Expediente N° 18-019823-001 correspondiente a la aprobación del formato de "Consentimiento Informado para la Realización de Resección de Tumor o Quiste de los Huesos Faciales", y;

CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja es un órgano desconcentrado especializado del Ministerio de Salud - MINSA, que según Manual de Operaciones, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, tiene como misión brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y, simultáneamente realiza investigación y docencia, proponiendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional;

Que, el primer párrafo del artículo 4° de la Ley General de Salud - Ley N° 26842 prescribe 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, siendo excepción de este requisito las intervenciones de emergencia;

Que, el artículo 1° de la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud - Ley N° 29414, dispone la modificación del artículo 15° de la Ley General de Salud - Ley N° 26842, cuyo numeral 4 prescribe 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 debiendo su consentimiento constar por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud - Ley N° 29414, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, prescribe 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 literal a) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, prescribe

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 del acápite IV de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica – NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, define el concepto de Consentimiento Informado como aquella 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 Nota Informativa N° 0767-2018-SUAIEPEQ-INSNSB, la Jefatura del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite a la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada, el formato de "Consentimiento Informado para la Realización de Resección de Tumor o Quiste de los Huesos Faciales", elaborado por la Especialidad de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo Facial de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 526-2018-UAIE-INSNSB, la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada informa a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, de su opinión favorable respecto del formato de "Consentimiento Informado para la Realización de Resección de Tumor o Quiste de los Huesos Faciales", elaborado por la Especialidad de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo Facial de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 00741-2018-UGC-INSN-SB, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General de la Entidad la aprobación del formato de "Consentimiento Informado para la Realización de Resección de Tumor o Quiste de los Huesos Faciales" elaborado por la Especialidad de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo Facial de la Sub 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;

Estando a lo dispuesto en la Ley General de Salud – Ley N° 26842, la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud – Ley N° 29414, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA y, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA;

SE RESUELVE:


ARTÍCULO 1°.- APROBAR el formato de "Consentimiento Informado para la Realización de Resección de Tumor o Quiste de los Huesos Faciales" de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutivo.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, la implementación del formato de "Consentimiento Informado para la Realización de Resección de Tumor o Quiste de los Huesos Faciales".

ARTICULO 3°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso del formato de Consentimiento Informado aprobado mediante el presente acto resolutivo.

ARTÍCULO 4°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, 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. Zulema Torres Gonzales
DIRECTORA GENERAL



EZTG/BSPB/Ceps
Cc.
DA
UAIE
UGC
UAI
Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE RESECCIÓN DE TUMOR O QUISTE DE LOS HUESOS FACIALES

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

PROCEDIMIENTO DE RESECCIÓN DE TUMOR O QUISTE DE LOS HUESOS FACIALES

Especialidad: Cirugía de cabeza, cuello y máxilo facial

Diagnóstico

Tumor - lesión neoformativa a nivel de los huesos faciales.

Quiste - lesión encapsulada con contenido líquido a nivel de los huesos faciales.

Descripción del Procedimiento

Resección o extirpación de lesión tumoral o quística a nivel de los huesos faciales.

Objetivos del Procedimiento

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección o extirpación de lesión tumoral o quística a nivel de los huesos faciales, para restablecer la anatomía y función del macizo óseo facial.

Beneficios Esperados

Mejorar la estética orbitaria.

Riesgos ó Complicaciones Frecuentes

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos ó Complicaciones poco Frecuentes

Osteomielitis, 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 del tumor o quiste de los huesos faciales.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

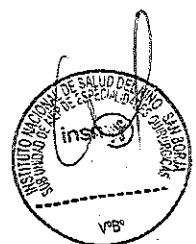
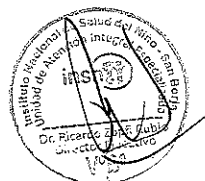
No hay tratamiento alternativo.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente: Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia,
lesión del nervio supraorbitario, 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:

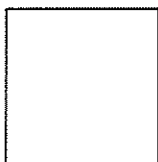
Declaro :

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° _____

