

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

13 FEB. 2019

VISTO:

El expediente N°19-001418-001-INSN-SB, sobre aprobación de los Formatos de Consentimientos Informados, elaborado por la especialidad de Odontología, 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, señala que toda persona tiene derecho "A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicié 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 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° 0075-2019-SUAIEPEQ-INSNSB, el Jefe del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite al Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, para su aprobación mediante la emisión de la Resolución Directoral, los formatos de consentimientos informados elaborado por la especialidad de Odontología, siendo los siguientes:

1. Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Raspado y Alisado Radicular.
2. Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpectomía.
3. Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpotomía.

Que, mediante la Nota Informativa N°047-2019-UAIE-INSNSB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada emite opinión favorable a los Consentimientos Informados de la especialidad de Odontología;

Que, mediante la Nota Informativa N° 0093-2019-UGC-INSN-SB, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación mediante la emisión de la Resolución Directoral de los precitados Consentimientos Informados elaborado por la especialidad de Odontología; los cuales cuentan 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° 087-2019-DG/INSN-SB, el Director General solicita a la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, realice las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente, en relación los Consentimientos Informados elaborado por la especialidad de Odontología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante la Nota Informativa N° 093-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, opina que resulta pertinente aprobar mediante acto resolutivo, la propuesta de Consentimientos Informados de la especialidad de Odontología, 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, del Jefe 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, en la Ley N° 29414, en el Decreto Supremo N°013-2006-SA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, y modificada por la Resolución Directoral N° 123-2017-INSN-SB, en la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA; y; en uso de las facultades otorgadas con la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR los Formatos de Consentimientos Informados de la especialidad de Odontología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, según se detalla a continuación:

1. Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Raspado y Alisado Radicular
2. Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpectomía
3. Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpotomía

ARTÍCULO 2º.- ENCARGAR a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, la implementación de los Formatos de Consentimientos Informados antes mencionados.

ARTÍCULO 3º.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos aprobados con la presente resolución.

ARTÍCULO 4º.- 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
Sub-Borla
Dr. A. RICARDO ZOPFL RUBIO
Director General (re)
CMP. 8780 RNE. 2550



ARZR/JELC/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 DEL PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR

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

D4311 Procedimiento de Raspado y Alisado Radicular

Servicio: Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología

Diagnóstico: Gingivitis Marginal ()
Periodontitis ()

Descripción del Procedimiento

- **Raspaje:** Proceso mediante el cual se elimina placa y cálculos de las superficies radiculares supragingivales y subgingivales.
- **Alisado radicular:** Remoción definitiva de cálculos y cemento enfermo de las bolsas periodontales, dejando una superficie radicular lisa.

Objetivos del Procedimiento

- Mantener la salud periodontal.
- Controlar la placa bacteriana.
- Eliminar procesos infecciosos.
- Eliminar bolsas periodontales.

Beneficios Esperados

- Mantener las piezas dentarias.
- Disminuir la movilidad dentaria.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Laceración de la encía.
- Desgaste de esmalte y cemento radicular.

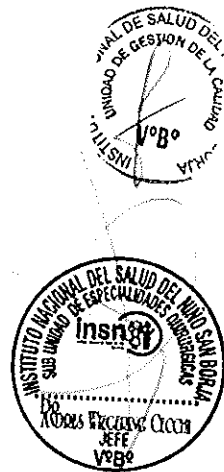
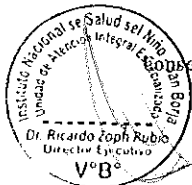
Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Necrosis del tejido óseo en pacientes con tratamiento de Bifosfonato.
- Hipersensibilidad dentaria permanente.
- Fractura de la punta activa de los raspadores periodontales.
- Movilidad dental.

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

- Mal aliento permanente.
- Enfermedad periodontal.
- Movilidad dentaria.

Consentimiento Informado para el Procedimiento: Raspado y Alisado Radicular. INSNSB





Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

En los pacientes aparentemente sanos, no hay tratamiento alternativo, solo consecuencias desfavorables al no realizar el procedimiento.

En los pacientes con enfermedades sistémicas, dependiendo de su complejidad se puede realizar como tratamiento sólo la técnica de cepillado, la cual eliminará placa bacteriana blanda.

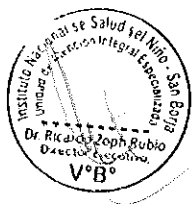
Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente

- Sangrado profuso.
- Pérdida ósea.
- Movilidad dentaria.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Cepillado y uso de hilo dental correcto.
- Usar crema dental antibacteriana y enjuague bucal para eliminar los microorganismos.
- Visitar al Especialista dos veces al año.





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 Cirujano Dentista _____ con COP N° _____, y RNE
N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi
familiar, la realización del: **Procedimiento de Raspado y Alisado Radicular**, sobre el cual he sido
informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del
mismo.

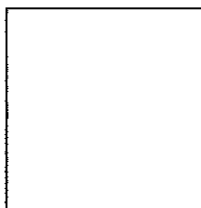
Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el Procedimiento: Raspado y Alisado Radicular

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

San Borja,..... de.....del 20.....

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP 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.

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

San Borja,..... de.....del 20.....

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° _____

RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTOS PULPARES PULPECTOMÍA

(DS.Nº027-2015-SA. Reglamento de la Ley Nº29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
Ley General de Salud Nº 26842 .RD Nº...../20...../INSNSB)

D3230 Procedimiento de Pulpectomía Anterior.

D3240 Procedimiento de Pulpectomía Posterior.

Servicio: Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología

Diagnóstico: Pulpitis Irreversible ()
Necrosis Pulpar ()
Periodontitis Apical Aguda ()
Periodontitis Apical Crónica ()

Descripción del Procedimiento

Es el retiro total de la pulpa vital o necrótica preparando la cavidad pulpar para su obturación con un material reabsorbible y fisiológicamente tolerable.

Objetivos del Procedimiento

- Mantener el diente en condiciones asintomáticas hasta su exfoliación.

Beneficios Esperados

- Ausencia de dolor.
- Restablecer la función estética y masticatoria.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Lesión de furca al momento de la apertura cameral.
- Sobreobtusión de los conductos radiculares pudiendo afectar al germen del diente permanente.

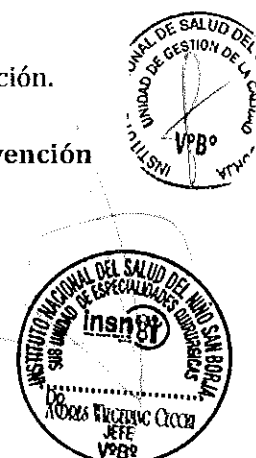
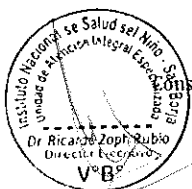
Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Fractura de las limas.
- Formación de falsas vías.
- Extravasación del irrigante.
- Fractura de la fresa diamantada.
- Fractura de la pieza dentaria, debido al uso del clamp mal adaptado.
- Fractura de la pieza dentaria al momento de la hemostasia o por excesiva compactación.

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

- Presencia de absceso submucoso.

Consentimiento Informado para el Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpectomía. INSNSB





PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
INNSNB



- Presencia de fistula.
- Celulitis facial.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- Extracción dental

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Reacción alérgica algún componente de la anestesia dental.
- Reacción alérgica algún material empleado en el tratamiento pulpar.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Cumplir con los cuidados orales establecidos por el Especialista.
- Cumplir con los controles establecidos por el Especialista.





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 Cirujano Dentista _____ con COP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Raspado y Alisado Radicular**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

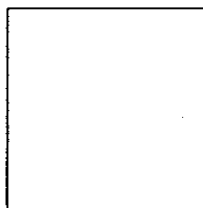
Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el Procedimiento: Raspado y Alisado Radicular

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

San Borja,..... de.....del 20.....

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP 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.

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

San Borja,..... de.....del 20.....

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° _____

RNE N° _____



Consentimiento Informado para el Procedimiento: Raspado y Alisado Radicular. INSNSB





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTOS PULPARES PULPOTOMÍA

(DS.Nº027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/20...../INSNSB)

D3220 Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpotomía

Servicio: Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología.

Diagnóstico: Pulpitis Reversible

Descripción del Procedimiento

Extirpación de la pulpa vital inflamada de la porción coronal de la pieza dentaria y la posterior aplicación de medicamentos sobre los muñones pulpares radiculares para (momificar) o estimular la reparación de la pulpa radicular vital remante.

Objetivos del Procedimiento

- Mantener el diente en condiciones asintomáticas hasta su exfoliación.

Beneficios Esperados

- Ausencia de dolor.
- Restablecer la función estética y masticatoria.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Lesión de furca al momento de la apertura cameral.
- Diagnóstico de pulpitis reversible incorrecto, que puede ocasionar absceso o fístula en la pieza dentaria.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Fractura de la fresa diamantada.
- Fractura de la pieza dentaria, debido al uso del clamp mal adaptado.
- Fractura de la pieza dentaria al momento de la hemostasia o por excesiva compactación.

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

- Odontalgia.
- Celulitis facial.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- Extracción dental



Consentimiento Informado para el Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpotomía. INSNSB





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Reacción alérgica algún componente de la anestesia dental.
- Reacción alérgica algún material empleado en el tratamiento pulpar.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Cumplir con los cuidados orales establecidos por el Especialista.
- Cumplir con los controles establecidos por el Especialista.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

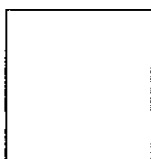
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____

Declaro:

Que el Cirujano Dentista _____ con COP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Pulpectomía Anterior ()** **Procedimiento de Pulpectomía Posterior ()** 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 el Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpectomía



San Borja,..... de.....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Huella Digital

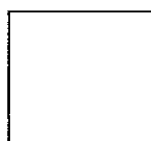
Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP 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,..... de.....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

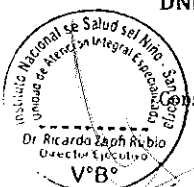
DNI N° _____

Huella Digital

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° _____

RNE N° _____



Consentimiento Informado para el Procedimiento de Tratamientos Pulpares: Pulpectomía, INSNSB