

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



## RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 15 MAR. 2019

### VISTO:

El Expediente N° 19-003908-001 sobre la aprobación del formato de "Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico", 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, 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 15.4, literal a), 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; y literal b), que prescribe que el consentimiento debe 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° 0196-2019-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 del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico", elaborado por la especialidad de Cirugía Plástica de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 087-2019-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 de la aprobación del formato de "Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico", elaborado por la especialidad de Cirugía Plástica de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 00139-2019-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 del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico", elaborado por la especialidad de Cirugía Plástica de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Informe Legal N° 089-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa (e) de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica informa a la Dirección General de la Entidad, de su opinión favorable de aprobar mediante acto resolutivo, el formato de "Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico" elaborado por la especialidad de Cirugía Plástica 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 (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa (e) 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, en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA., en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB y, con la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** el formato de "Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico", 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 del Procedimiento de Escisión de Nevo Melanocítico".

**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 SB Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
Dr. A. RICARDO ZOPPI RUBIO  
Director General (e)  
CMP. 8780 RNE. 2550

ARZR/JELC  
Cc.  
DA  
UAIE  
UGC  
UAJ  
Archivo





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ESCISION DE NEVO MELANOCITICO

(D.S. 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°...../2019/INSNSB)

### Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas Especialidad de Cirugía Plástica

#### PROCEDIMIENTO DE ESCISIÓN DE NEVO MELANOCÍTICO

##### **Nevo melanocítico**

El nevus melanocítico es una pequeña mancha pigmentada adquirida, de bordes definidos, que está constituida por acúmulos de células névicas cargadas de melanina (pigmento que determina el color de la piel). Pueden localizarse en cualquier profundidad de la piel (epidermis, dermis o, con menos frecuencia, en el tejido subcutáneo) y en cualquier zona del cuerpo. Al nevus melanocítico coloquialmente se le denomina lunar.

##### **Escisión de Nevo Melanocítico**

Es la escisión completa de la lesión pigmentaria (nevus), que incluye todo el espesor de la piel (epidermis, dermis e hipodermis) y la reconstrucción del defecto de piel creado de acuerdo a la zona anatómica.

La reconstrucción dependerá del tamaño del nevus extraído y de la zona anatómica a reconstruir que puede ir desde un cierre directo de la piel a una reconstrucción con colgajo (Segmento o masa de tejido que se trasplanta de una zona a otra del cuerpo, provisto en todo momento de un pedículo vascular).

En algunas ocasiones cuando el defecto es extenso se colocarán expansores tisulares previamente a la escisión de la lesión para tener tejido sano para la cobertura del defecto cutáneo.

##### **Objetivos del Procedimiento**

- Retirar nevos melanocíticos con comportamiento atípico.
- Mejorar los problemas estéticos que genera el nevo melanocítico en los pacientes

##### **Beneficios Esperados**

- Restablecer la función estética de la zona afectada

##### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Hematomas
- Infección
- Dehiscencia de sitio operatorio

##### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Recidiva del nevo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESCISIÓN DEL NEVO MELANOCÍTICO. SUAIEP  
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - CIRUGÍA PLÁSTICA





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



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

- Si el nevo melanocítico tiene comportamiento atípico, posible malignización de la lesión

### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

Ninguno

### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

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

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

- Cumplir con los cuidados de la herida establecidos por el Especialista.
- Cumplir con los controles establecidos por el Especialista.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESCISIÓN DEL NEVO MELANOCÍTICO. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - CIRUGÍA PLÁSTICA





**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 Plástico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Escisión de Nevo Melanocítico de** \_\_\_\_\_ 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 Escisión de Nevo Melanocítico de** \_\_\_\_\_

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



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

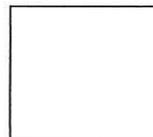
Firma del Médico Responsable

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 **Escisión de Nevo Melanocítico de** \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

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



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESCISION DEL NEVO MELANOCITICO. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - CIRUGIA PLASTICA



