

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



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 18 MAR. 2019

VISTO:

El Expediente N° 19-004944-001 sobre la aprobación del formato de "Consentimiento Informado para Procedimiento de Punción Lumbar", 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° 0318-2019-SUAIEPSE-INSN-SB, la Jefatura del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades remite a la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada, el formato de "Consentimiento Informado para Procedimiento de Punción Lumbar" para su validación y fines correspondientes;

Que, mediante Nota Informativa N° 105-2019-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 Procedimiento de Punción Lumbar" de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades;

Que, mediante Nota Informativa N° 00167-2019-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 Procedimiento de Punción Lumbar", elaborado por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades;

Que, mediante Informe Legal N° 093-2019-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 Procedimiento de Punción Lumbar", elaborado por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades;

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 Procedimiento de Punción Lumbar", de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutivo.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, la implementación del formato de "Consentimiento Informado para Procedimiento de Punción Lumbar".



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




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



ARZR/JELC
Cc.
DA
UAIE
UGC
UAI
Archivo



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE PUNCION LUMBAR

(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°...../2019/INSNSB)

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente Pediátrico y Sub Especialidades Pediátricas. Especialidad de Neurología.

PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN LUMBAR:

CPT 62270

Diagnóstico:

En todos los pacientes pediátricos para diagnosticar numerosos trastornos del sistema nervioso central como meningitis y hemorragia subaracnoidea.

Monitoreo de la eficacia de los antibióticos utilizados para el tratamiento de la neuroinfección

Descripción del Procedimiento

Es un procedimiento que consiste en la introducción de una aguja en el espacio subaracnoideo del saco dural lumbar, permite obtener líquido cefalorraquídeo con fines diagnósticos

Objetivos del Procedimiento

- Realizar el diagnóstico de patologías neurológicas que permitan instalar en forma oportuna el tratamiento adecuado.
- Evaluar y monitorear patologías neurológicas, hematológicas y otros que consideren las diferentes especialidades.

Beneficios Esperados

- Diagnóstico de patologías neurológicas para instalar en forma oportuna el tratamiento adecuado.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Dolor en la zona de punción sin anomalías neurológicas.
- Parestesias transitorias durante el procedimiento.
- Cefalea post Punción Lumbar: se suele observar en pacientes pediátricos mayores de 10 años, frecuentemente en mujeres, que les causa vértigos, tinnitus o diplopía, por fuga de LCR y formación de colecciones; se previene usando el menor calibre de aguja posible.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Infección





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



- Tumor epidermoide intraespinal
- Hernia de tejido cerebral a través del foramen magno
- Lesiones de la médula espinal y los nervios raquídeos
- Apnea, bradicardia e hipoxia durante el procedimiento

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento.

La No realización del procedimiento dificultará en gran medida el diagnóstico precoz y tratamiento de alteraciones o enfermedades neurológicas, hematológicas y otras que pueda estar afectando al paciente pediátrico (su niño(a)).

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

No aplica

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Infección de la piel
- Diátesis hemorrágica
- Hipertensión endocraneana.
- Trombocitopenia con recuento de plaquetas inferior a 50.000.
- Aquellas situaciones clínicas en el que la realización del procedimiento está condicionado a la valoración del paciente de manera individual y a los factores y riesgos que implican su ejecución, como drenaje de líquido cefalorraquídeo en hidrocefalia comunicante asociado a hemorragia interventricular (Es cuestionado).

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

El Procedimiento de Punción Lumbar es un procedimiento de diagnóstico y tratamiento, según la patología que se encuentre se planteará el tratamiento que recibirá el paciente.

Consentimiento informado: INFORMACION PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE

Me ha informado de este procedimiento que se realizará a mi niño(a), se llama punción lumbar y consiste en la introducción de una aguja en un espacio entre las vértebras lumbares y permite obtener líquido cefalorraquídeo, unos pocos mililitros de este líquido serán enviados a laboratorio para analizarlo con fines diagnósticos. En algunos casos excepcionales este procedimiento se usa para la administración de medicamentos con fines terapéuticos.

Las complicaciones que pudieran presentarse por la punción lumbar son : dolor en la zona de punción y cefalea, suelen mejorar con analgésicos comunes. De ser muy intensos los médicos a cargo tomarán algunas medidas para aliviar a su niño.

Si su médico se lo ha solicitado es porque considera que es muy importante para su diagnóstico y que no puede reemplazarse por la tomografía o la resonancia.

Este procedimiento no se realizará si tu niño(a) tiene hipertensión endocraneana, infección de la piel en la zona lumbar o problemas de coagulación.





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 del: **Procedimiento de Punción Lumbar**, 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 que se realice el Procedimiento de Punción Lumbar.**

San Borja, de del 20

Firma del Representante Legal
Responsable

Huella Digital

Firma del Médico

Nombre _____

CMP N° _____

DNI 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 del **Procedimiento de Punción Lumbar**, 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

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

Nombre _____

CMP N° _____

DNI N° _____

RNE N° _____



