

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 18 de Febrero de 2022

**VISTOS:**

El Memorando N° 000707-2021-DICIR/INEN de la Dirección de Cirugía, el Informe N° 000648-2021-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000001-2022-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 00058-2022-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

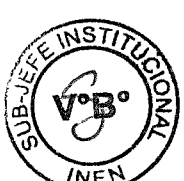
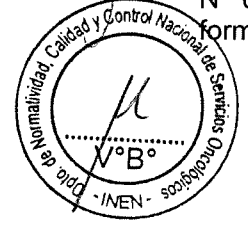
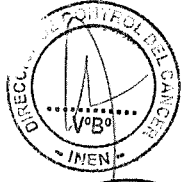
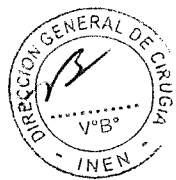
**CONSIDERANDO:**

Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con el Memorando N° 000627-2021-DICIR/INEN, la Dirección de Cirugía remite el formato de "Consentimiento Informado para realizar el procedimiento de Colostomía" al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos para la revisión según normativa, con el levantamiento de las observaciones generadas a dicho formato la Dirección de Cirugía vía el Memorando N° 000707-2021-DICIR/INEN emite su visto bueno, remitiendo el antes mencionado formato con la conformidad de los Departamentos de Cirugía en Abdomen y Cirugía



Ginecológica, según los Informes N° 110-2021-DG-DICIR/INEN y N° 066-2021-DA-DICIR/INEN, respectivamente;

Que, el Informe N° 000648-2021-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuado para su aprobación el formato de "Consentimiento Informado para realizar el procedimiento de Colostomía", de la Dirección de Cirugía;

Que, con el Memorando N° 000001-2022-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 09 de diciembre del año 2021, acordó, aprobar el formato de consentimiento informado para Colostomía;

Que, de la revisión efectuada al formato del "Consentimiento Informado para realizar el procedimiento de Colostomía", mencionado precedentemente, se aprecia que cumple con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, Dirección de Cirugía, de la Dirección de Control del Cáncer, del Departamento de Ginecología, del Departamento de Cirugía en Abdomen, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Presidente del Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

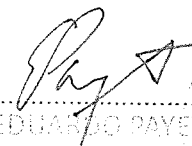
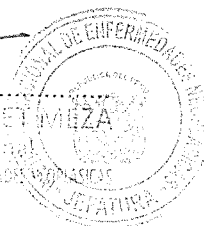
En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

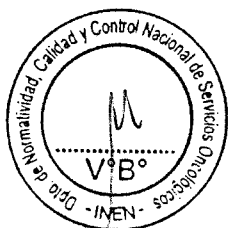
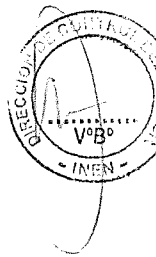
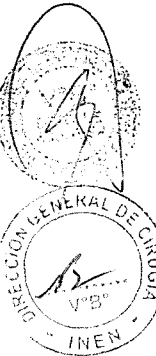
**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el formato del "Consentimiento Informado para realizar el procedimiento de Colostomía", de la Dirección de Cirugía, el mismo en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General, la publicación de la presente resolución en la página web Institucional.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

  
Dr. EDUARDO PAYET VIEZA  
Jefe Institucional  
- OFICINA DE COMUNICACIONES -  






PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE COLOSTOMÍA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mediante este procedimiento se exterioriza una parte del colon a través de la pared del abdomen en los casos de obstrucción o perforación del intestino grueso, recto o ano. El procedimiento quirúrgico lo realiza el especialista cirujano oncólogo en quirófano, bajo anestesia general. Puede realizarse por corte en el abdomen o por laparoscopia (cortes mínimos). El cirujano elige la zona del intestino que va usar para colostomía, realiza un corte de 4 a 5 cm en el abdomen por donde exterioriza el intestino y con hilos de sutura lo fija a la pared abdominal, cierra la herida utilizada para la operación inicial y coloca una bolsa alrededor de la colostomía ya constituida.

Este procedimiento también puede ser parte de un procedimiento mayor como una resección del colon y/o recto que impiden la restitución del tracto digestivo y por lo tanto la evacuación vía anal. La modalidad tipo de colostomía la elige el médico cirujano oncólogo basado en los hallazgos de la operación y puede ser temporal o definitiva, colostomía en asa o colostomía terminal, etc. El paciente puede reiniciar la ingesta de alimentos por vía oral en el post operatorio inmediato.

### Objetivo:

Derivar la evacuación intestinal al exterior a través de un corte en la pared abdominal.

### Alternativas:

Colocación de una sonda nasogástrica permanente para evacuar el intestino.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Favorables: evitar la obstrucción del intestino y sus consecuencias, poder alimentarse por la boca, regresar a casa o a sus actividades previas de acuerdo a indicación médica, evitar una reintervención en condiciones de emergencia.

Desfavorables: evacuación intestinal no contralada voluntariamente, necesidad de uso de bolsas de colostomía, se necesita un proceso de aprendizaje y aceptación por parte del paciente y de la familia. En la etapa de no aceptación o negación el paciente evita contacto familiar, social o laboral por sentirse incomodo a su nuevo estado.

### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

El paciente necesitaría la colocación de una sonda nasogástrica permanente para evacuar el intestino, no podría alimentarse por la boca.

Si no se realiza la colostomía, la obstrucción intestinal puede ocasionar en el corto plazo proliferación de bacterias en el intestino obstruido, perforación e infección generalizada y finalmente muerte. En caso de retorno a casa se necesitaría asistencia profesional médico o de enfermería. No sería posible retorno a las actividades previas presenciales en centro de estudios o labores o de recreación. La calidad de vida disminuye y el pronóstico de supervivencia se acorta a días o semanas.

### Riesgos reales y potenciales:

La realización de una colostomía como procedimiento quirúrgico invasivo tiene riesgos de complicaciones generales de menos del 20% (1 de cada veinte pacientes) como:

- Infección de herida operatoria, obstrucción del intestino o necesidad de re operar.
- El riesgo de muerte después de la operación es menor del 1 % (uno de cada 100 pacientes operados de colostomía)

El riesgo de complicaciones y muerte se puede duplicar o triplicar si la operación se realiza en condiciones de emergencia.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

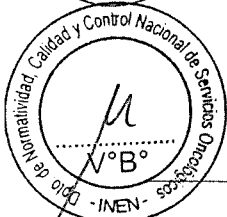
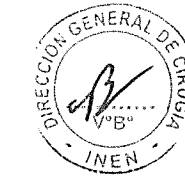
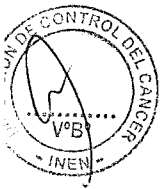
El procedimiento quirúrgico Colostomía se realiza bajo anestesia general y los fármacos que serán usados serán explicados por el Anestesiólogo en el momento del consentimiento informado respectivo. Durante el procedimiento el cirujano no utiliza fármacos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Estando en casa comuníquese inmediatamente con su médico o acuda a la Emergencia de hospital más cercano o al INEN en caso de presentar signos de alarma como: dolor intenso, especialmente abdominal, sangrado por la herida operatoria o intestinal, temperatura mayor a 38°C, vómitos, desorientación, convulsiones, parálisis u otro signo de alarma.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

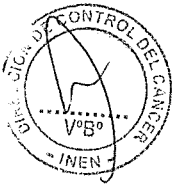
COLOSTOMÍA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

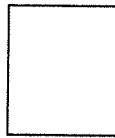
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



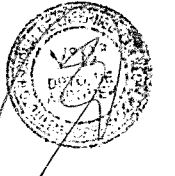
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

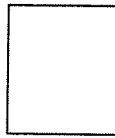
COLOSTOMÍA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

