

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 26 de JULIO del 2023

VISTOS:

El Memorando N° 000320-2023-DIMED/INEN la Dirección de Medicina, el Informe N° 000368-2023-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000005-2023-CHC/INEN del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 000867-2023-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

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

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, 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 Memorando N° 000320-2023-DIMED/INEN la Dirección de Medicina, remite al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el formato de “Consentimiento Informado para Paracentesis Terapéutica Evacuatoria Total” del Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor, con el propósito de que continúen con los trámites para su revisión y aprobación correspondiente, el cual de acuerdo al Informe N° 000368-2023-DNCC-DICON/INEN, emitido por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;



Que, con el Memorando N° 000005-2023-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 30 de junio del año en curso, acordó, aprobar el formato de consentimiento informado antes mencionado;



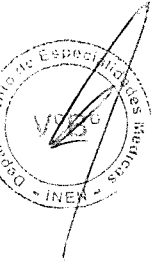
Que, de la revisión efectuada a los formatos de Consentimiento Informado, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);



Que, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;



Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Medicina; Dirección de Control del Cáncer; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Departamento de Especialidades Médicas, Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría, de conformidad con lo previsto en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA y conforme a las facultades conferidas mediante Resolución Suprema N° 016-2022-SA;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el formato de “Consentimiento Informado para Paracentesis Terapéutica Evacuatoria Total” del Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor de la Dirección de Medicina, el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.


MG. FRANCISCO E.M. BERROSPINOSA
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARACENTESIS TERAPÉUTICA EVACUATORIA TOTAL

(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

La Paracentesis terapéutica es un procedimiento médico que consiste en el drenaje de líquido peritoneal a través de la colocación de una aguja fina para extraerlo de la cavidad peritoneal. Es un método complementario en el tratamiento de la ascitis (líquido en el abdomen) a tensión o refractaria al tratamiento médico.

Objetivo:

Lograr una mejoría sintomática de la disnea (dificultad respiratoria) y molestias abdominales asociadas a la ascitis.

Alternativas:

- Fármacos diuréticos

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Percibirá disminución de la dificultad respiratoria y disminución de la distensión abdominal (aumento del abdomen), además de molestia local en la zona de punción.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Aumento de la sintomatología respiratoria (dificultad respiratoria), gástrica (dolor, irritación) y ascitis.

Riesgos reales y potenciales:

- Dolor en la zona de punción.
- Hipotensión arterial.
- Infección en zona de punción.
- Sangrado.
- Lesión de vísceras (ejemplo: hígado, bazo, riñones, dependiendo de zona de punción)

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente. En caso de ocurrir alguna complicación, el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su control.

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

- Lidocaína: anafilaxia, visión borrosa, mareos, vértigo, somnolencia, sabor metálico, tinnitus (escuchar ruidos en el oído), confusión, agitación, disartria (dificultad para controlar el habla), disforia (malestar, frustración), contracciones musculares involuntarias, convulsiones tónico-clónicas, depresión del sistema nervioso central, pérdida de conciencia, paro, coma, alteraciones cardíacas, hipertensión, trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso), bradicardia (frecuencia cardíaca baja), hipotensión (presión baja), paro o muerte.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Avisar a su médico, de cualquier alérgica a medicamentos que tenga conocimiento.
- Posterior a la intervención se pueden presentar: dolor, sangrado, hipotensión.

Si presentara molestias posterior al procedimiento, acudir a su médico inmediatamente o a emergencia del INEN.



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:

PARACENTESIS TERAPÉUTICA EVACUATORIA TOTAL

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. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento 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 PARACENTESIS TERAPÉUTICA EVACUATORIA TOTAL 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°: