



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 08 de octubre de 2020

Visto, el Oficio N° 04-2020-DODONT-HCH, del Departamento de Odontología mediante el cual remite el proyecto de Consentimiento Informado de Inactivación de Caries con Fluoruro Diamino de Plata, con el Memorando N° 472-OGC-2020-HCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, para la aprobación del formato de Consentimiento Informado, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N° 04-2020-DODONT-HCH, el Departamento de Odontología remite el proyecto de Consentimiento Informado de Inactivación de Caries con Fluoruro Diamino de Plata, para proyectar la respectiva Resolución a fin de ponerlo en ejecución;

Que, con el Memorando N° 472-OGC-2020-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad, realizó observaciones en el proyecto del Consentimiento Informado de Inactivación de Caries con Fluoruro Diamino de Plata, indicando que una vez levantadas las observaciones se proceda a aprobar con Resolución Directoral;

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

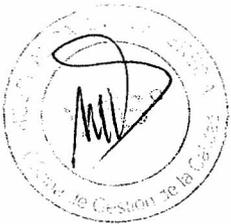
Que, el artículo 4° de la acotada norma, dispone que: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo";

Que, mediante la Ley N° 29414, se modifica el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, estableciendo en el numeral 15.4 inciso a) lo siguiente: Toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el tratamiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: inciso a.1): En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción;

Que, el artículo 23° de la norma citada en el párrafo precedente, indica que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, en cuyo caso ello se constituirá en circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El proceso del consentimiento informado deberá garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario. Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que visibilice el proceso de información y decisión, el cual además formará parte de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprobó el Documento Técnico NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;

Que, estando a lo propuesto por el Departamento de Odontología, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina Asesoría Jurídica en el Informe N° 748-2020-OAJ-HCH;



Con el visto del Departamento de Odontoestomatología, las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad, con lo dispuesto y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el formato de "**Consentimiento Informado de Inactivación de Caries con Fluoruro Diamino de Plata**" del Departamento de Odontoestomatología, que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
[Signature]
DRA. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834



DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INACTIVACIÓN DE CARIES
CON FLUORURO DIAMINO DE PLATA

Yo, (Nombres y Apellidos).....de.....años,
con Documento de Identidad (DNI/CE)..... en representación como
padre/madre ó tutor/representante legal de
con Historia Clínica N°.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro;
que el/la Cirujano Dentista me ha brindado información
suficiente completa, clara, oportuna sobre mi condición o enfermedad bucodental con el diagnóstico
..... y proceder a realizar la aplicación de fluoruro diamino de
plata para lo que me ha informado debidamente con palabras sencillas lo siguiente:

La inactivación de caries con FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP) es un tratamiento que ayuda a
detener la lesión de caries dental, con una pequeña cantidad de Fluoruro Diamino de Plata.

- El tratamiento será realizado en varias citas, en intervalos de seis o doce meses.
• Una pequeña cantidad de FDP se aplica a la zona del diente con lesión de caries dental.
• La lesión de caries se oscurecerá permanentemente. La estructura sana del diente no se
manchará.

Riesgos

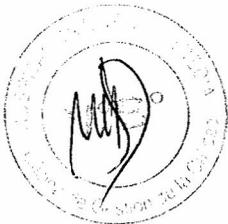
- Después del tratamiento con FDP, todavía podría ser necesario el poner una restauración o
corona.
• Si accidentalmente FDP se aplica sobre la piel o las encías, una mancha café o blanca podría
aparecer la cual no causa ningún daño. Esta mancha no puede ser lavada y desaparecerá en una
a tres semanas.
• Manchas oscuras permanente si cae FDP en la ropa.
• Riesgo de que el procedimiento no detenga la lesión de caries dental.
• No todas las caries son apropiadas para ser tratadas con FDP

Complicaciones

- Reacciones alérgicas a la plata.

Efectos adversos del tratamiento

- La lesión de caries dental se oscurecerá permanentemente. Esto significa que FDP está
trabajando. Restauraciones blancas y coronas dentales de color blanco se pueden oscurecer si
FDP se aplica a ellos.
• Sabor metálico/amargo.
• Tinción temporal en la piel que se resuelve en 2-14 días.
• Irritación de la mucosa/lesiones resultantes de un contacto inadvertido con el FDP, resuelto en 48
horas.





Pronóstico y recomendaciones

1. No permita que su niño(a) coma o beba durante una hora después del tratamiento con FDP.

He comprendido lo que me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho (a) con la información recibida y he comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y por ello, DE MANERA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA EN PLENO USO DE MIS FACULTADES AUTORIZO () a que se me realice el procedimiento indicado por el equipo profesional del Departamento de Odontología del Hospital Cayetano Heredia.

Así mismo, declaro no haber alterado mis datos sobre mis antecedentes, especialmente alergias o enfermedades previas.

San Martín de Porres,de.....del 2020

Hora.....

Firma del paciente ó Representante legal

Nombre: _____

DNI/CE: _____

Relación o parentesco: _____

Firma y sello del Cirujano Dentista

Nombre: _____

COP: _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo,.....identificado con DNI N°.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocatoria para su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

San Martín de Porres,.....de..... del 2020.

Hora.....



Firma del paciente ó Representante legal

Nombre: _____

DNI/CE: _____

Relación o parentesco: _____

Firma y sello del Cirujano Dentista

Nombre: _____

COP: _____

