



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 3 de Febrero de 2020

**VISTO:** El Expediente Nº 01966-2020, con el Informe Nº 002-2020-DME/HCH, del jefe del Departamento de Medicina, el Informe Técnico Nº 005-OGC-2020-HCH, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe de Asesoría Jurídica Nº 0109-2020-OAJ/HCH, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo 4º de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece 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 estuviese impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico, exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud en su caso;

Que, la Ley acotada en el acápite anterior, en su artículo 40º, dispone que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico;

Que, la Ley Nº 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, modifica el artículo 15º de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala en los literales a) y a.3) del numeral 15.4: "Toda persona tiene el 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 en especial cuando se trate de exploración, tratamiento y exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión, y si la persona no supiere escribir, imprimirá su huella digital";

Que, la Resolución Directoral Nº 720-2013-HNCH/DG, del 24 de septiembre de 2013, que aprobó la Directiva Sanitaria Nº 04-DG/OGC/HNCH-2013-V.01 "Proceso para la obtención del Consentimiento Informado en el Hospital Cayetano Heredia", la cual tiene como objetivo estandarizar el proceso de la obtención del Consentimiento Informado para procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento en los diferentes servicios del Hospital, también tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención mediante el respeto de los derechos de los usuarios, relacionado a una decisión libre, voluntaria y consiente, luego de haber recibido información de manera suficiente y entendible;

10.6  
JLW



Que, la NTS 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada por Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA de fecha 13 de marzo de 2018, tiene por objetivo establecer los procesos y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del Sector Salud, así como estandarizar el contenido básico de la historia clínica para registrar apropiadamente la atención del usuario en salud y asegurar el manejo, conservación y eliminación de la historia clínica en correspondencia con el actual contexto sanitario, legal, administrativo y tecnológico, en virtud a la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación, en el ámbito de la salud de conformidad con la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su modificatoria;

Que, mediante Informe N° 002-2020-DME/HCH, el jefe del Departamento de Medicina solicita la aprobación del formato de Consentimiento Informado para Gastrostomía Endoscópica Percutánea;

Que, mediante del Informe Técnico N° 005-OGC-2020-HCH, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad emite opinión técnica favorable sobre la propuesta de formato para Consentimiento Informado para Gastrostomía Endoscópica Percutánea;

Que, de acuerdo a la opinión favorable contenida en el Informe N° 0109-2020-OAJ/HCH, de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones del jefe del Departamento de Medicina, del jefe del Servicio de Gastroenterología, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De acuerdo al literal e) del artículo 6 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2017/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1º.- APROBAR** el formato de Consentimiento Informado para Gastrostomía Endoscópica Percutánea, y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

**Artículo 2º.- ENCARGAR** al Servicio de Gastroenterología, la implementación, supervisión y seguimiento del formato de Consentimiento Informado aprobado en el artículo 1º de la presente Resolución.

**Artículo 2º. - 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.

- ( ) ACPR/BIC/Chg.  
DISTRIBUCIÓN:  
( ) DG  
( ) D Med.  
( ) SGE  
( ) OAJ  
( ) OC

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





XI. Anexo 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA :**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado/a con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, N° Historia clínica ..... manifiesto que: que he sido informado (a) por el Dr.(a)..... Acerca del procedimiento de Gastrostomía. Entiendo que es un examen que consiste en la creación de una comunicación (ostoma) entre el estómago y la piel a través de una sonda flexible que se utiliza principalmente para alimentar al paciente. La técnica de gastrostomía endoscópica se considera un procedimiento mínimamente invasivo y con una alta tasa de éxito cercana al 95 %. El procedimiento de Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un procedimiento que se realiza bajo sedación, o dependiendo de la complejidad del caso con apoyo de anestesiología. Los medicamentos utilizados pueden causar irritación local y/o reacción al medicamento.

La gastrostomía es un procedimiento electivo, no es considerado un procedimiento de emergencia, por lo que se recomienda que el paciente se encuentre en la mejor situación clínica posible para realizarse este procedimiento. Se recomienda postergar el procedimiento si paciente presenta inestabilidad hemodinámica, trastorno de coagulación, o infección.

Las complicaciones se dividen en complicaciones menores las más frecuentes y mayores (7 %), estas complicaciones suelen manifestarse durante las primeras semanas de uso de la gastrostomía. Dentro de las complicaciones menores son: Formación de granuloma, infección de herida operatoria, fuga, remoción inadvertida del tubo, obstrucción del tubo. Dentro de las complicaciones mayores son: Neumonía aspirativa, hemorragia, perforación intestinal y fasciitis necrotizante.

Entiendo que debo informar al médico sobre alergias, uso de anticoagulantes y antiagregantes, y sobre mi historia y antecedentes médicos sin omitir ninguna información. Al firmar este documento usted autoriza a los médicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia a realizar el examen indicado por su médico tratante, el cual ha sido detallado arriba. Por favor infórmenos de cualquier duda que tenga con respecto al examen antes de firmar la autorización.

Por lo tanto, **EN FORMA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice la colocación de la gastrostomía endoscopia percutánea, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha:.....Hora.....

*todo / JLR*





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"

Firma: \_\_\_\_\_



Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

N° DNI \_\_\_\_\_

Paciente o Representante

Firma: \_\_\_\_\_



Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

N° DNI \_\_\_\_\_

Representante

Firma : \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

CMP: \_\_\_\_\_ RNE: \_\_\_\_\_

Médico Responsable del Procedimiento

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Don (Doña) \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ H.Clinica N° \_\_\_\_\_

En mi calidad de paciente ( ) o como representante legal de paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros, declaro mi revocatoria al consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia de acuerdo a lo establecido en el Art 4to de la Ley 26842 Ley General de Salud.

Fecha:.....Hora.....

Firma: \_\_\_\_\_



Nombre y apellidos .....

DNI:.....

*W.B. / J.P.V.*

