

Nº 196-2018-HCH/06

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 20 de julio de 2018

Visto, el Exp. N°17419-2018 con el Informe N°022-2018-DME/HCH, del Departamento de Medicina, sobre aprobación del Consentimiento Informado para Terapia de Hemodiálisis;

CONSIDERANDO:

Que, con el Informe N°022-2018-DME/HCH, el Departamento de Medicina solicita la aprobación del formato de Consentimiento Informado para Terapia de Hemodiálisis, con el Informe Técnico N°067-OGC-2018-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad concluye que el consentimiento Informado para Terapia de Hemodiálisis, establece la estandarización de criterios y la secuencia de los pasos que debe seguir el personal médico en la obtención del Consentimiento Informado, recomendando aprobar con Resolución Directoral el Consentimiento Informado para Terapia de Hemodiálisis, ya que impulsara la mejora de la calidad asistencial y por ende la satisfacción del usuario;

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, señala 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. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad. El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado;

Que, estando a lo solicitado por el Jefe del Departamento de Medicina, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina Asesoría Jurídica en el Informe N°619-2018-OAJ/HCH;

Con el visto del Jefe del Departamento de Medicina y de las Jefas de las Oficinas de Gestión de la Calidad, 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 para Terapia de Hemodiálisis** del Servicio de Nefrología Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del formato de Consentimiento Informado aprobado.

Artículo 3°.- 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
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834





Departamento de Medicina

Servicio de Nefrología

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE HEMODIÁLISIS

Sr/Sra.....
identificada con DNI número y con Historia Clínica Su médico le ha diagnosticado **Insuficiencia Renal Aguda ()**, **Insuficiencia Renal Crónica ()**. Esto significa que sus riñones no están realizando su función adecuadamente, por lo tanto no se eliminan de la sangre ciertas sustancias que son peligrosas para su vida.

Por este motivo su médico ha indicado un tratamiento que se denomina **Hemodiálisis**.

La diálisis es un procedimiento que hace las funciones del riñón de manera parcial, siendo necesario recibir otras medicinas adicionales. Aunque la diálisis no reemplaza completamente a sus riñones, puede proporcionarle una calidad de vida aceptable.

La supervivencia de los pacientes en diálisis, depende también de otros factores como la edad, las enfermedades asociadas el inicio oportuno y el apoyo familiar.

Hemodiálisis se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que actúa de colador sin dejar pasar células ni sustancias grandes. Esta técnica precisa previamente la colocación de un catéter temporal o permanente, o la creación de una fístula arterio-venosa en quirófano (unión de una arteria y una vena por debajo de la piel en el antebrazo o en el codo).

Para llevar la sangre hacia el filtro hay que colocar dos agujas en la fístula, una de entrada y otra de salida; en el caso de catéter no es necesario el uso de agujas.

Al inicio la hemodiálisis suele ser diaria en los primeros días, posteriormente la hemodiálisis dura de 3.5 a 4 horas y se realiza tres veces por semana; la frecuencia y duración de los tratamientos está supeditada a la condición y evaluación del paciente.





El paciente que requiere terapia de hemodiálisis se encuentra en condición delicada; la condición clínica del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, necesidad de permanecer en unidad de cuidados intensivos, entre otras) pueden afectar la tolerancia al tratamiento, pudiendo aparecer algunas complicaciones como baja de presión arterial, sangrados por los puntos de punción de las agujas o por rotura del dializador (Filtro). También pueden ocurrir otras complicaciones raras pero más serias como rotura de glóbulos rojos de la sangre (hemólisis), reacciones alérgicas severas, alteraciones cardíacas como arritmias, angina de pecho, o accidentes cerebro-vasculares ("derrame cerebral") que pueden requerir de procedimientos especializados.

RIESGOS PERSONALIZADOS (opción para especificar riesgos particulares).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





Declaraciones y firmas:

PACIENTE

Declaro que he sido informado por lo médicos, que me van atender Dr. / Dra., del tratamiento de Hemodiálisis en virtud y cumplimiento de la Ley General de Salud número 26842. Igualmente he comprendido y mis dudas han sido resueltas, de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que tiene.

En consecuencia doy mi consentimiento a que se me realice Hemodiálisis y autorizo a tomar las medidas oportunas en caso se presenten complicaciones.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....

DNI número..... Hora:.....

Firma del paciente Huella digital



TUTOR LEGAL O FAMILIAR RESPONSABLE.

Incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

DNI..... en calidad de.....

Fecha.....

Firma de la persona autorizada..... Huella digital





MEDICO RESPONSABLE

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del tratamiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha:.....

CMP:

Firma y Sello:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.

Yo, Don (Doña)..... Identificado con DNI Nro..... en mi calidad de paciente (), Representante Legal del paciente (), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) médico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi 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 los establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente:.....

Firma del Paciente.....Huella digital

DNI Nro.....



Apellidos y Nombres del Representante legal:

Firma del Representante legal.....Huella digital

DNI Nro.....



Firmo en Lima.....de.....del 20.....





MEDICO RESPONSABLE

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del tratamiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha:.....

CMP:

Firma y Sello:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.

Yo, Don (Doña)..... Identificado con DNI Nro..... en mi calidad de paciente (), Representante Legal del paciente (), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) médico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi 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 los establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente:.....

Firma del Paciente..... Huella digital

DNI Nro.....



Apellidos y Nombres del Representante legal:

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....

Firmo en Lima.....de.....del 20.....

