

Nº. 199-2018-HCH/06

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 20 de julio de 2018

Visto, el Exp. N°17421-2018 con el Informe N°024-2018-DME/HCH, del Departamento de Medicina, sobre aprobación del Consentimiento Informado para Biopsia Renal;

CONSIDERANDO:

Que, con el Informe N°024-2018-DME/HCH, el Departamento de Medicina solicita la aprobación del formato de Consentimiento Informado para Biopsia Renal, con el Informe Técnico N°065-OGC-2018-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad concluye que el consentimiento Informado para Biopsia Renal, 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 Biopsia Renal, 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, 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. 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°621-2018-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;

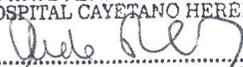
SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el formato de **Consentimiento Informado para Biopsia Renal** 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 BIOPSIA RENAL

Sr/Sra.....
Identificada con DNI número y con Historia Clínica
..... se le informa que:

Ud. Ha sido diagnosticado de por
ello los médicos del servicio de NEFROLOGÍA han indicado la realización de una
Biopsia Renal, para determinar el tratamiento futuro y su pronóstico. La biopsia renal
consiste en la extracción de una muestra pequeña de uno de los riñones por medio
de una aguja especial, localizando el riñón con ecografía u otra técnica radiológica.

El procedimiento se hace con anestesia local y se extraen dos muestras de riñón
para los estudios microscópicos respectivos.

En general la Biopsia Renal es un procedimiento seguro en el que casi no se
presentan complicaciones mayores. Como cualquier procedimiento puede producir
dolor y hematoma leve en la zona y sangre en la orina, en las primeras 24 horas.
Para evitar las complicaciones serias el paciente debe estar en reposo absoluto las
primeras 24 horas.

Sin embargo, estamos en la obligación de informarle que raramente se puede
presentar complicaciones serias como: hematoma alrededor del riñón, fistulas
arterio-venosas, que podrían necesitar cirugía del riñón (nefrectomía) en el que se
realizó la biopsia. En el mundo se han descrito muertes en casos de biopsia renal
en pacientes con enfermedades severas, en nuestro hospital en más de 40 años de
existencia sólo ha ocurrido un caso.





Declaraciones y firmas:

PACIENTE

Declaro que he sido informado por lo médicos, que me van atender Dr. / Dra., habiendo resuelto mis dudas y comprendiendo de la Ley General de Salud N° 26842 que en su artículo 4 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 estuviere impedida de hacerlo. Igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización" doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño. También conozco 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:

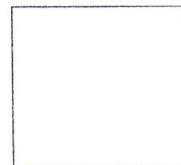
Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

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

Fecha.....

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



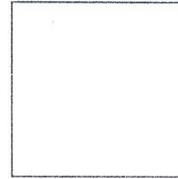


MEDICO RESPONSABLE

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

