



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de Julio de 2018

**VISTO** el Expediente N° 17417-2018 con el Informe N° 020-2018-DME/HCH, remitido por el Jefe del Servicio de Nefrología y el Jefe del Departamento de Medicina, respecto a la Aprobación de "Consentimiento Informado para Terapia de Diálisis Peritoneal", y;

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley 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, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de los 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: "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. 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 29414, realiza una serie de modificaciones, dentro de los cuales, tenemos el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud; estableciendo en su numeral 4 inciso a.1), 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 procedimiento o tratamiento de salud, en la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública;

Que, el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud, tiene como objeto reglamentar la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, conforme el artículo 23° de la normativa citada en el párrafo precedente, dispone 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, asimismo, el artículo indicado en el párrafo precedente, dispone que: El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones: a) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona; b) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; c) Cuando la persona reciba la aplicación de medicamentos o tratamientos de carácter experimental; d) Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir tratamientos. En caso de menores de edad o de personas cuyas condiciones particulares le impidan ejercer este derecho, se realizará conforme a lo señalado en el artículo 4º del presente Reglamento. No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública;

Que, de lo anteriormente expuesto, cabe precisar que el consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconsciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención. En ese sentido, resulta necesario aprobar el Consentimiento Informado para Terapia de Diálisis Peritoneal, el cual redundará en la calidad y eficiencia en la atención y recuperación de la salud de los pacientes, que acuden a este Nosocomio;

Que, el literal f) del artículo 3º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que es una de las funciones generales de este Nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el literal i) del artículo 6º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Estando a lo solicitado, por el Jefe del Departamento de Medicina, lo recomendado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 611-2018-OAJ/HCH;

Con visación del Jefe del Departamento de Medicina y de las Jefas de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 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 1º.- APROBAR** el "Consentimiento Informado para Terapia de Diálisis Peritoneal" del Servicio de Nefrología del Departamento de Medicina; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2º.- ENCARGAR** al Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el uso del Consentimiento Informado, aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

**Artículo 3º.- 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/ACV  
DISTRIBUCIÓN:  
( ) DG  
( ) DMF  
( ) OGC  
( ) OAJ  
( ) OCOM

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.R. 23579 R.N.C. 9674

Que, asimismo, el artículo indicado en el párrafo precedente, dispone que: El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones: a) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona; b) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; c) Cuando la persona reciba la aplicación de medicamentos o tratamientos de carácter experimental; d) Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir tratamientos. En caso de menores de edad o de personas cuyas condiciones particulares le impidan ejercer este derecho, se realizará conforme a lo señalado en el artículo 4° del presente Reglamento. No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública;

Que, de lo anteriormente expuesto, cabe precisar que el consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconsciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención. En ese sentido, resulta necesario aprobar el Consentimiento Informado para Terapia de Diálisis Peritoneal, el cual redundará en la calidad y eficiencia en la atención y recuperación de la salud de los pacientes, que acuden a este Nosocomio;

Que, el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que es una de las funciones generales de este Nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Estando a lo solicitado, por el Jefe del Departamento de Medicina, lo recomendado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 611-2018-OAJ/HCH;

Con visación del Jefe del Departamento de Medicina y de las Jefas de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 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 "Consentimiento Informado para Terapia de Diálisis Peritoneal" del Servicio de Nefrología del Departamento de Medicina; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** al Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el uso del Consentimiento Informado, aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

**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.

( ) ACPR/BIC/ACV  
DISTRIBUCIÓN:  
( ) DG  
( ) DME  
( ) OGC  
( ) OAJ  
( ) OCOM

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

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA  
FIEL DEL ORIGINAL

31 JUL. 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE  
ASISTENTE ADMINISTRATIVO  
FEDATARIO PUBLICO



Departamento de Medicina

Servicio de Nefrología

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE DIALISIS PERITONEAL**

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 realice **Diálisis Peritoneal**.

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.





**La Diálisis Peritoneal:** Se basa en el intercambio de sustancias utilizando peritoneo (una membrana que está en el abdomen y que normalmente recubre los intestinos). Esta membrana hace la función de "filtro".

La técnica consiste en introducir un líquido especial en el abdomen a través del catéter peritoneal, permanece durante un tiempo para que salgan las sustancias tóxicas y agua en exceso de la sangre, luego del cual el líquido es eliminado hacia una bolsa especial.

Este procedimiento se realiza, 3-4 veces/día en la forma manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) y de forma automática durante la noche (Diálisis Peritoneal Continua Automática con máquina).

Esta técnica tiene una buena tolerancia aunque puede haber también algunas complicaciones leves como son: digestiones pesadas, estreñimiento, dolor de espalda, dolor abdominal a la entrada o salida del líquido o hernias.

Raramente pueden presentarse complicaciones serias como: Infección del orificio del catéter y Peritonitis (infección de la cavidad peritoneal), que son controlables con tratamiento antibiótico y sin abandonar la técnica en la mayoría de los casos; sin embargo, pueden requerir de hostilización y de procedimientos especializados.

En casos excepcionales puede ser necesario el cambio de la técnica hacia hemodiálisis.

**RIESGOS PERSONALIZADOS** (opción para especificar riesgos particulares en algunas de las técnicas).

.....  
.....  
.....  
.....





**Declaraciones y firmas:**

**PACIENTE**

Declaro que he sido informado por lo médicos, que me van atender Dr. / Dra. ...., del tratamiento de **Diálisis Peritoneal**, 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 Diálisis Peritoneal 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:**

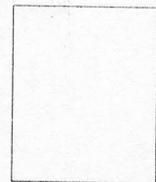
Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

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

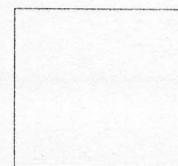
DNI Nro.....



Apellidos y Nombres del Representante legal.....

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....



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

