

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 17 de AGOSTO de 2021

VISTOS:

El Informe N° 000193-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Informe N° 000191-2020-EFSMO-DEM-DIMED/INEN, del Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica, el Memorando N° 000013-2021-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 000959-2021-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

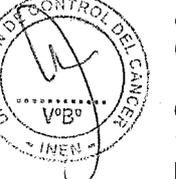
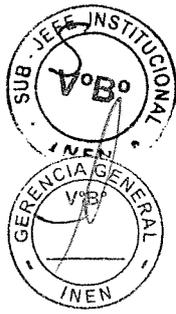
Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprobó la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con el Informe N° 191-2020-EFSMO-DEM-DIMED/INEN, el Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica remite un formato de Consentimiento Informado "Consentimiento Informado para el Tratamiento de Psicofármacos";

Que, mediante, el Memorando N° 000013-2021-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 06 de julio del presente año, acordó aprobar el formato de Consentimiento Informado para el Tratamiento de Psicofármacos;



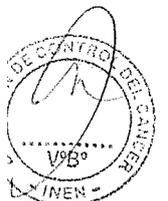


Que, con el Informe N° 000193-2021-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuado para su aprobación el formato de Consentimiento Informado para el Tratamiento de Psicofármacos, recomendando continuar con el proceso de validación y aprobación mediante acto resolutivo;



Que, de la revisión efectuada al formato de Consentimiento Informado para el Tratamiento de Psicofármacos, mencionado precedentemente, se aprecia que cumple con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Control del Cáncer, del Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica, del Departamento de Especialidades Médicas, de la Dirección de Medicina, del Presidente del Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;



En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

SE RESUELVE:

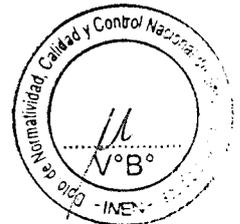
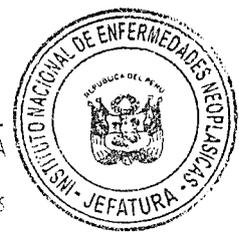
ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el formato de Consentimiento Informado para el Tratamiento de Psicofármacos del Equipo Funcional de Salud Mental, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General, la publicación de la presente resolución en la página web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



Dr. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

El tratamiento con Psicofármacos consiste en brindar medicamentos que actúan sobre neurotransmisores como dopamina, noradrenalina, serotonina del Sistema Nervioso Central. Por lo que le ayudarán a sentirse mejor, evitando la ansiedad, depresión, cuadros psicóticos (alteración del sentido de la realidad), ayudando así mismo a controlar los impulsos, estabilizar el ánimo, mejorar el sueño, entre otros.

Este tipo de medicamentos se utilizan principalmente en pacientes con trastornos mentales que presenten dificultad en su funcionalidad diaria, involucrando así su calidad de vida.

Los tipos de psicofármacos son: antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo y ansiolíticos (benzodiazepinas) e hipnóticos.

Este tratamiento, se le brindará de acuerdo con su diagnóstico médico, después de un examen mental.

A pesar de los posibles beneficios que ofrecen estos fármacos, aproximadamente un 10 – 15% de los pacientes persistirá con sintomatología.

Objetivo:

Manejar los síntomas de los trastornos mentales diagnosticados.

Alternativas:

Si no desea recibir psicofármacos podría recibir solo psicoterapia conociendo los riesgos que esto conlleve. Cuando el tratamiento psicofarmacológico no muestra respuesta, el paciente será derivado a un centro de mayor complejidad en salud mental.

Consecuencias de recibir el tratamiento:

Recuperación total o parcial de su salud mental afectada por su enfermedad neoplásica o por problemas psicosociales.

Consecuencias de no recibir el tratamiento:

Habrà persistencia o agravamiento de síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión del trastorno hacia una conducta suicida.

Riesgos reales y potenciales:

Dependencia del psicofármaco.

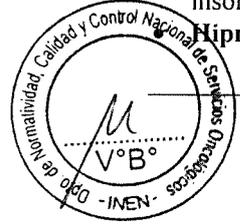
Efectos adversos de todos los psicofármacos a utilizar:

Los efectos de los psicofármacos varían de acuerdo a las dosis administradas y a la sensibilidad individual de cada paciente. Según el tipo de psicofármaco, usted podría presentar:

- **Antipsicóticos:** efectos secundarios neurológicos (rigidez muscular, temblor, espasmos musculares o movimientos involuntarios, movimientos anormales de lengua, boca y cara) sin embargo existen medicamentos que los contrarrestan de ser necesario su uso (biperideno, propanolol, etc.), así mismo puede presentar manifestaciones colinérgicas (sequedad de boca, estreñimientos, visión borrosa, retención urinaria), manifestaciones histamínicas (sedación, síndrome metabólico, galactorrea).
- **Antidepresivos:** de acuerdo a su clasificación pueden provocar, tricíclicos (sedación, sequedad de boca, estreñimiento, hipotensión ortostática, hiperplasia prostática, glaucoma de ángulo cerrado y aumento de peso), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (temblor, cefalea, náuseas, mareos, insomnio, disfunción sexual, entre otros), inhibidores de la noradrenalina y serotonina (nauseas, cefalea, mareos, sequedad de boca, disfunción sexual y aumento de la presión arterial a altas dosis).
- **Estabilizadores del ánimo:** tales como carbonato de litio que puede ocasionar temblor, debilidad muscular, poliuria, polidipsia, diabetes insípida, arritmias cardíacas, aumento de peso, hipotiroidismo, acné y edema), carbamazepina (somnia, ataxia, diplopía, náuseas, leucopenia leve, ligera elevación de enzimas hepáticas, entre otros), valproato de sodio (dolor gastrointestinal, elevación benigna de las transaminasas, temblor, sedación, entre otros).

Benzodiazepinas: somnolencia, temblor, sedación, debilidad muscular, vértigo, cefalea, confusión, depresión, disartria, entre otros. Su suspensión repentina puede causar un síndrome caracterizado por ansiedad, depresión, insomnio, deterioro de la concentración, cefalea, mareos y otros.

Hipnóticos: cefalea, mareos, alucinaciones visuales, visión borrosa, letargia, entre otros.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Si se presenta alguna molestia posterior al inicio del tratamiento como: Cefalea intensa, Náuseas, Temblores, Somnolencia excesiva, entre otros: Acudir a su médico inmediatamente.
- Seguir adecuadamente la prescripción médica.
- No ingerir alcohol durante el tratamiento.
- En caso presente otras enfermedades o embarazo, avisar a su médico tratante.

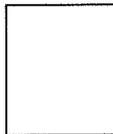
DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico: Declaro: Que el Médico: con CMP N° me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, el TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS.



En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 26842 Ley general de salud y de la Ley N° 30947 Ley de salud mental, declaro: Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este tratamiento, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. 3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos y efectos adversos propios del tratamiento, según el tipo de psicofármaco, así como consecuencias que podría conllevar el recibirlo o no recibirlo. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento. Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () () doy mi consentimiento para utilizar el tratamiento.

FECHA: HORA:



Huella Digital Índice Derecho

Firma del Paciente o representante legal Nombre y Apellidos: DNI N°:

Firma y sello del Médico Encargado Nombre y Apellidos: CMP N°: RNE N°:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en con DNI N°, en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR el TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:



Huella Digital Índice Derecho

Firma del Paciente o representante legal Nombre y Apellidos: DNI N°:

Firma y sello del Médico Encargado Nombre y Apellidos: CMP N°: RNE N°:

