

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 24 de NOVIEMBRE del 2022

VISTOS:

El Informe N° 000310-2022-EF-MPDOL/INEN, el Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor, el Informe N° 000699-2022-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000014-2022-CHC/INEN del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001725-2022-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

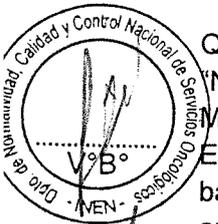
CONSIDERANDO:

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

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba 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 Informe N° 000310-2022-EF-MPDOL/INEN, el Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor, del Departamento de Especialidades Médicas, remite al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, la versión final del Formato de Consentimiento Informado para Sedación Paliativa, para su revisión, el cual de acuerdo al Informe N° 000699-2022-DNCC-DICON/INEN, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;





Que, con el Memorando N° 000014-2022-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 14 de octubre del año en curso, acordó, aprobar el formato de consentimiento informado antes mencionado;

Que, de la revisión efectuada al Formato de Consentimiento Informado para Sedación Paliativa, 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);

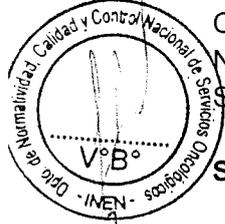


Que, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Control del Cáncer; Dirección de Medicina; Departamento de Especialidades Médicas; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;



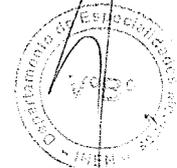
Con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el formato del "Formato de Consentimiento Informado para Sedación Paliativa", del Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor, del Departamento de Especialidades Médicas, el mismo 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



Francisco E.M. Berrospi Espinoza
MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA
 Jefe Institucional
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (X), 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, la realización de:

SEDACIÓN PALIATIVA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. 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 () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: HORA:

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



Huella Digital Índice Derecho

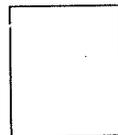
Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

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 la realización de SEDACIÓN PALIATIVA 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:

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



Huella Digital Índice Derecho

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN PALIATIVA

(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

La sedación paliativa consiste en la administración de medicamentos por vía endovenosa o subcutánea que disminuyen el nivel de conciencia con la finalidad de evitar el sufrimiento de algún signo o síntoma refractario o de difícil manejo. La sedación puede ser intermitente o continua y de profundidad variable en relación al nivel de conciencia necesario para aliviar el sufrimiento. La sedación paliativa no es eutanasia, ni tampoco acelerará el proceso de morir.

Se utiliza en casos de: Dolor, delirio, agitación, disnea, hemorragia masiva, ansiedad-pánico, convulsiones, entre otros.

Puede realizarse:

- Sedación intermitente: Cuando se puede realizar algún tratamiento y/o procedimiento médico que pueda revertir la situación actual, por tanto, se puede retirar la sedación.
- Sedación continua: Cuando según valoración clínica la muerte del paciente sucederá en pocas horas o días.

El inicio de la sedación paliativo no indica dejar de brindar cuidados básicos al paciente e incluso tratamiento si es que fuera pertinente según su estado clínico.

Objetivo:

Aliviar el sufrimiento intolerable por algún signo o síntoma no controlado o refractario al tratamiento adecuado o la angustia del paciente por la muerte próxima.

Alternativas:

No recibir Sedación Paliativa

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Alivio del impacto físico y psicológico de los signos o síntomas refractarios a tratamiento para el paciente y su familia.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Puede haber sufrimiento del paciente y de su familia por su condición clínica, así como agonía y sufrimiento innecesario en el momento de la muerte.

Riesgos reales y potenciales:

- Dolor en la zona de punción.
- Infiltración del medicamento.
- Infección asociada al catéter.

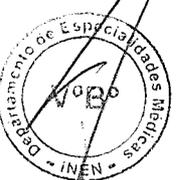
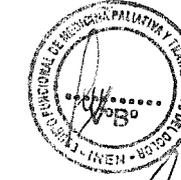
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Los medicamentos utilizados son el Midazolam como primera elección, además se contempla el uso de neurolépticos sedantes (Clorpromazina y Levomepromazina), el Fenobarbital o el Propofol, que pueden asociarse en caso no se alcance el nivel de sedación requerido. Sus efectos adversos son: sedación, somnolencia, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria, cefalea, náuseas y vómitos.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Avisar a su médico, de cualquier alérgica a medicamentos que tenga conocimiento.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (X), 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, la realización de:

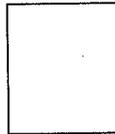
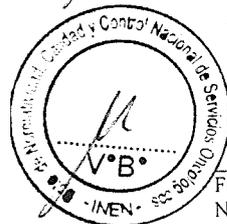
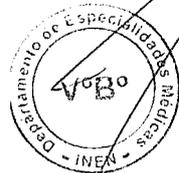
SEDACIÓN PALIATIVA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. 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 () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA:/...../..... HORA:



Huella Digital Índice Derecho

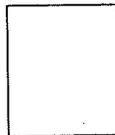
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:

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 la realización de SEDACIÓN PALIATIVA 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°: