



Nº 561-2015-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 06 de Octubre del 2015

Visto el Expediente con Registro DG Nº 14304-2015 y el Memorando Nº 955-DG-INSN-2015 de fecha 17 de agosto del 2015; con el cual se hace llegar el formato del Consentimiento Informado del Departamento de Anestesiología, remitido por el Director Ejecutivo de Investigación Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Que en el artículo 15º se menciona que toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho "A qué se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste";

Que mediante la R.M. Nº 776-2004/MINSA fue aprobada la NT Nº 022-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del sector público y privado para la gestión de la Historia Clínica;

Que, con Memorando Nº 1381-OGC-INSN-2015, la Directora de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño el formato del Consentimiento Informado del Departamento de Anestesiología y cuenta con opinión favorable del Departamento de Anestesiología y el Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y Adolescente

En uso de las atribuciones conferidas en el Manual de Organización y Funciones aprobado por Resolución Directoral Nº 051-DG-INSN-2011;

Con la Visación de la Dirección Adjunta, Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y Adolescente, Jefatura de Departamento de Anestesiología, contando con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,

De conformidad con lo dispuesto por las Resoluciones Ministeriales N.º 776-2004 MINSA y Leyes N.º 26842 y 27657;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el formato del Consentimiento Informado del Departamento de Anestesiología del Instituto Nacional Salud del Niño que consta de 01 folio (I)

Artículo Segundo.- El Formato de Consentimiento Informado será publicado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese y Comuníquese.

ATB/ DFO

DISTRIBUCIÓN:

- () DG
() DEIDAT
() DEIDAM
() DEIDAECNA
() DEAC
() OGC
() Oficina de Asesoría Jurídica
() Oficina de Gestión de la Calidad
() Oficina de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y Adolescente
() Oficina de Registro e Información

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

Stamp: MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO. Date: 23 OCT. 2015. Signature: Sr. Juan Domingo CASTRO BARRIEDA FEDATARIO. Reg. Nº 2599

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIOLÓGICO
(Ley General de Salud N°26842, RD N°)

Descripción de la Técnica

El médico anesthesiologo:, Me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico, se me ha informado de la necesidad del ayuno preoperatorio y de todas las precauciones necesarias antes del procedimiento anestésico.

Se me ha explicado que todos los procedimientos anestésicos tienen un margen de riesgo, inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica.

Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anesthesiologo arriba mencionado o sus asistentes lo juzgan necesario.

Anestesia General	Resultado esperado	Estado total de inconciencia, posible colocación de tubo dentro de la tráquea.
	Técnica	Inyección de medicamentos al torrente sanguíneo o respirado dentro de los pulmones o por otras rutas
	Riesgo (incluye pero limitado)	Dolor de boca o garganta, ronquera, daño a los dientes, apoyo de ventilador después del procedimiento, conciencia bajo anestesia, daño a los vasos sanguíneos, vómitos, aspiración y neumonía.
Anestesia/Anestesia Espinal o Epidural.	Resultado esperado	Pérdida temporal o disminución de la sensibilidad y/o de movimientos de los miembros inferiores
	Técnica	Inyección de medicamentos a través de una aguja/catéter/colocado directamente en LCR o inmediatamente fuera del canal espinal.
	Riesgo (incluye pero limitado)	Dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbido de oído, convulsiones, inyección inadvertida, debilidad persistente, entumecimiento, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos.
Bloqueo del Nervio principal o menor	Resultado esperado	Pérdida temporal de sensibilidad o movimiento de una área o miembro específico
	Técnica	Inyección de medicamentos cerca de los nervios que proveen pérdida de la sensibilidad al área de la cirugía.
	Riesgo (incluye pero limitado)	Infección, convulsiones, debilidad, entumecimiento persistente, dolor residual que requiere anestesia adicional, daño a los vasos sanguíneos, bloqueo fallido.
Anestesia Regional Intravenosa	Resultado esperado	Pérdida temporal de la sensibilidad y/o movimiento de un miembro.
	Técnica	Inyección de medicamentos dentro de las venas del brazo o de las piernas mientras se utiliza un torniquete.
	Riesgo (incluye pero limitado)	Infección, convulsiones, entumecimiento persistente, dolor persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos.
Cuidados monitoreados de anestesia	Resultado esperado	Ansiedad y dolor reducido, amnesia parcial o total
	Técnica	Inyección de medicamentos dentro del torrente sanguíneo, respirado dentro los pulmones o por otras rutas, produciendo un estado semiconsciente.
	Riesgo (incluye pero limitado)	Alerta, incomodidad y/o ansiedad, excitación, depresión respiratoria, daño a vasos sanguíneos.
Yo aquí doy mi consentimiento al anesthesiologo para que se administre la anestesia detallada líneas arriba, También doy mi consentimiento a que otro tipo de anestesia se administre si fuese necesario.		

Transfusión de Sangre:

Yo entiendo que hay riesgos potenciales de las transfusiones de sangre, aunque son raras y que algunos de estos puedan ser, reacción a la transfusión, hepatitis y SIDA. Sin embargo si la situación amerita, doy mi consentimiento a que se le administre sangre o productos de sangre determinado por el anesthesiologo y el cirujano tratante.

Consecuencias previsibles de su realización:

Reconozco que me han informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como: dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de venopunción, dolor de garganta, excoriaciones o lesiones en piel, en los



dientes, en mucosas y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía, además de otras complicaciones asociadas al procedimiento.

Consecuencias previsibles de su no realización:

Compromiso o gravedad del diagnóstico.

Riesgos frecuentes:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

El riesgo anestésico depende de muchos factores como son el tipo y la gravedad de la patología que motiva la operación, si se realiza de urgencia, otras enfermedades que padezca el/la paciente o su edad.

- Náuseas y vómitos.
- Afecciones en la garganta en caso de intubación.
- Pueden aparecer otras complicaciones relacionadas con la instrumentación de la vía aérea como espasmo laríngeo y/o broncoespasmo.
- Vértigos y trastornos de la visión, temblores, dolor de cabeza, picores, dolores musculares, articulares y dolor de espalda.
- En las horas que siguen a la anestesia pueden aparecer trastornos pasajeros de memoria, de la atención o del comportamiento del niño.

Riesgos poco frecuentes:

Paso del contenido del estómago a los pulmones: es muy raro si se ha respetado el ayuno preoperatorio.

- Ceguera, convulsiones, parálisis permanente o pérdida de la sensibilidad, quemaduras cutáneas y electrocución por la utilización intraoperatoria de instrumentación eléctrica.
- Complicaciones imprevisibles que puedan poner en peligro la vida de su hijo como una reacción alérgica verdadera, una hipertermia (fiebre) maligna, insuficiencia respiratoria o una parada cardíaca. La muerte en el curso de una anestesia es muy rara y casi siempre es la consecuencia de un conjunto de complicaciones simultáneas

Riesgos en función de las particularidades de cada paciente:

A las patologías previas (Alergias medicamentosa, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales)

Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi paciente para las que se procurarán estrategias preventivas son: _____

Situaciones especiales que se deben tener en cuenta:

Es muy importante avisar, si antes de la intervención el niño presenta sintomatología respiratoria como tos, aumento de la mucosidad o fiebre. No existen actualmente contraindicaciones absolutas para ser anestesiado. La indicación quirúrgica se establece para que el/la paciente obtenga un beneficio. La decisión final se toma evaluando los posibles beneficios y los posibles riesgos, incluidos los derivados de no realizarse la operación.

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar mi consentimiento.

Fecha: ___/___/___

PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO (De ser necesario)

Firma: _____

Firma: _____

DNI: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el tutor comprende(n) completamente lo que he explicado:

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Sello: _____

DNI N°: _____

MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICO Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

23 OCT. 2015

2599

Sr. Juan Domingo CASTRO BARRERA
PEDATARIO

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIOLÓGICO

Sr./Sra. _____, identificado con DNI N° _____ en calidad de padre (), madre (), o apoderado (), del paciente _____ con el Diagnóstico: _____

Declaro: Que el medico Anestesiólogo _____ con CMP N° _____, me ha informado, por lo que autorizo a los anestesiólogos del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO a realizar en el paciente el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica : _____

