



PERU
Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño - Breña

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Nº 219 -2016-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 12 de Mayo del 2016

Visto el Expediente con Registro Nº 22222-2015 y el Memorando Nº 1428-DEIDAM-INSN-2015, de fecha 19 de Noviembre del 2015; con el cual la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y Adolescente aprueba el formato de Consentimiento Informado de Terapia de Hemodiálisis, elaborado por el Servicio de Nefrología del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina Pediátrica, y solicita 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 que 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 este";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 776-2004/MINSA se aprueba la NTS 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 2052-OGC-2015, el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño el formato de Consentimiento Informado elaborado por el Servicio de Nefrología del Departamento de Investigación Docencia y Atención en Medicina Pediátrica contando con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y Adolescente, la Dirección Adjunta y la Oficina de Gestión de la Calidad, para su opinión y aprobación con Resolución Directoral; y

Que, mediante Memorando Nº 1329-DG-INSN-2015, de fecha 02 de Diciembre del 2015, la Dirección General dispone la proyección de la Resolución Directoral que aprueba el formato de Consentimiento Informado de Terapia de Hemodiálisis y

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

Con la Visación de la Dirección Adjunta con Memorando Nº 601-DA-INSN-2015, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y Adolescente, Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el formato de Consentimiento Informado de Terapia de Hemodiálisis, elaborado por el Servicio de Nefrología del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina Pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño .

Artículo Segundo.- El formato de Consentimiento Informado de Terapia de Hemodiálisis, será publicado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese y Comuníquese.

ATB/RVP

DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () DA
- () DEIDAT
- () DEIDAM
- () DEIDAC
- () OGC
- () Jefatura de Departamento DIDAP
- () Of. Comunicaciones
- () UG

MINISTERIO DE SALUD
I.G.S.S.
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

CONSENTIMIENTO INFORMADO de TERAPIA DE HEMODIÁLISIS

A su menor hijo se le ha diagnosticado Enfermedad Renal Crónica Terminal, esto significa que sus riñones ya no están funcionando y no volverán a funcionar más. Esto trae como consecuencia, que las sustancias peligrosas para la vida, no pueden ser eliminadas de su organismo. Como se puede comprender **NO** es posible vivir sin un órgano que desarrolla estas funciones. Por este motivo, debe iniciar alguno de los tratamientos, que se conocen con el nombre general de **DIÁLISIS** (sea diálisis peritoneal o hemodiálisis). Como consecuencia de no recibir este tratamiento, está la muerte. La última alternativa, después de la diálisis es el trasplante renal, una vez que el paciente está mejorado..

La **HEMODIÁLISIS** se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que limpia la sangre de toxinas. Es preciso colocar previamente un catéter venoso central adecuado, que puede ser temporal o de larga permanencia, para tener un acceso para este procedimiento o, crear una fístula arterio-venosa (ésta es una pequeña operación en el antebrazo o en el brazo, habitualmente con anestesia local, y que consiste en unir una arteria y una vena. Para pasar la sangre por el "filtro" hay que pinchar dos agujas en esta fístula, una de entrada y otra de salida).

Normalmente la hemodiálisis precisa de 3 a 4 horas, con una frecuencia de tres veces por semana o más.

La Hemodiálisis suele ser bien tolerada aunque ocasionalmente pueden aparecer efectos secundarios, algunos frecuentes, pero generalmente poco graves, como:

1. Complicaciones en el acceso vascular, como trombosis o sangrado, infecciones en el sitio de punción y a veces ruptura de este acceso, ya sea éste injerto o vascular propio.
2. Complicaciones sistémicas en la coagulación, trombosis o sangrado.
3. Hipertensión o hipotensión generalmente en relación con el volumen de líquidos corporales.
4. Baja de peso por extracción de agua, acompañado o no de hipotensión.
5. Posibilidad de adquirir infecciones virales como Hepatitis A, B, C o D.
6. Arritmias cardíacas por cambios en el volumen de los líquidos corporales y en la concentración de electrolitos, así como del equilibrio ácido-base.
7. Pérdidas de sangre por coagulación en el dializador o por sangrado, secundario a la administración de heparina, o por existencia de trastornos previos en la coagulación.
8. Insuficiencia coronaria o insuficiencia cardíaca secundarias a los cambios en la presión arterial y/o a los cambios hidro-electrolíticos.
9. Fallas mecánicas en las máquinas con interrupción o retraso del tratamiento, inherentes a los cambios de corriente que existen, a pesar de la planta eléctrica de emergencia del INSN.
10. Anemia, la cual puede tratarse con eritropoyetina, hierro y vitamínicos, así como en ocasiones con transfusiones, con las posibles complicaciones de éstas. Esta anemia puede ser secundaria a la enfermedad propia o al sangrado que el paciente pueda tener por la anticoagulación que es indispensable para llevar a cabo el tratamiento.
11. Otras complicaciones pueden derivarse de la trombosis o malfuncionamiento o infección de la fístula arterio-venosa o del catéter.

RIESGOS PERSONALIZADOS (Especificar riesgos particulares en alguna de las técnicas para su paciente)

PERU MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

ES IMPORTANTE que para la realización del procedimiento deberá regirse a los siguientes cuidados:

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.

15 JUN 2016

138

Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P. N° 10551
FEDATARIA

Reg. N°

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

ALFREDO MENDOZA BEDRIANA
JEFE (E) DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
C.M.P. 12146 RNE. NEF. 4281

1. Deberá ajustarse al horario que se le indique.
2. Aceptar la máquina que se le asigne al paciente .
3. Mantener una correcta higiene personal.
4. Tener cuidados adecuados con el catéter o la fístula.
5. Apegarse al tratamiento médico y dietético.
6. Traer medicamentos de uso diario y personal.
7. Traer documentación necesaria (DNI y hoja de referencia)

Si tiene alguna duda sobre la enfermedad o sobre la elección del tratamiento de diálisis su médico y/o enfermero se la aclarará gustosamente.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo.....identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°; en mi calidad de padre (madre o representante legal) de mi menor hijoidentificado con DNI

Declaro , que el médico con CMPme ha explicado que es necesario , debido al diagnóstico de mi familiar , la realización de hemodiálisis periódica y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

Lima..... de..... de 20.....

.....
Firma del Padre/Madre

DNI.....

.....
Firma del Médico y Sello

DECLARACIÓN DEL ASENTIMIENTO (en caso corresponda)

He leído o me han leído este documento. Mi padre / madre o el representante legal autorizado (si aplica), y el médico me han explicado el tratamiento y han respondido a mis preguntas.

Acepto voluntariamente recibir el tratamiento de hemodiálisis.

.....
Nombre (en imprenta) y DNI

.....
Firma y huella del menor

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....de..... de 20.....y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

Lima ,.....de.....de 2.....

.....
Firma del Padre/Madre

DNI.....

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - ARENA
CERTIFICADO: 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. 15 JUN 2016 138 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.T.S.P. N° 10651 FEDATARIA			

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
ALFREDO MERDOZA BEDRINANA
EFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
CMP 12198 RNE NSF 4281