



Nº 0157-DE-HONADOMANI-SB/2012

## Resolución Directoral

Lima, 09 de Julio de 2012

Visto, el Expediente Nº 07818-12.

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842. – Ley General de Salud, establece que 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; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial; así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimiento de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 732-2008/MINSA, aprobó la Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP-V.03: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, la cual señala elementos que debe contener el Formato de Consentimiento Informado como la excepción del

Que, a través de la Nota Informativa Nº 175.DP.HONADOMANI-SB-2012, el Jefe del Departamento de Pediatría remite siete (07) Formatos de Consentimiento Informado de Procedimientos del Departamento de Pediatría, debidamente visadas, para su aprobación vía Resolución Directoral;

Que, mediante Memorándum Nº 0274.SDG.HONADOMANI-SB-2012, el Sub Director General emite opinión favorable para la aprobación mediante resolución Directoral de los siete (07) Formatos de Consentimiento Informado de Procedimientos del Departamento de Pediatría, sobre las cuales ha recaído opinión favorable del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, contenida en la Nota Informativa Nº 109-2012-OGC-HONADOMANI.SB, de fecha 18 de junio del 2012, y el Informe Nº 036-2012-Resp.ECS-OGC-HONADOMANI/SB, de fecha 15 de junio del 2012, emitida por la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, precisando que cumplen con los criterios en estructura y contenido establecidos en la norma vigente; por lo que es necesario emitir el acto resolutorio correspondiente;

Con las visaciones de la Sub – Dirección General, del Departamento de Pediatría, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones conferidas al Director General a través de la Resolución Ministerial Nº 436-2011 y la Resolución Ministerial Nº 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar los siete (07) Formatos de Consentimiento Informado de Procedimientos del Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" los cuales debidamente visados forman parte integrante de la presente resolución, y se detallan a continuación:

1. Consentimiento Informado del Procedimiento: Biopsia Pleural
2. Consentimiento Informado del Procedimiento: Toracocentesis

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA RENAL PERCUTANEA**

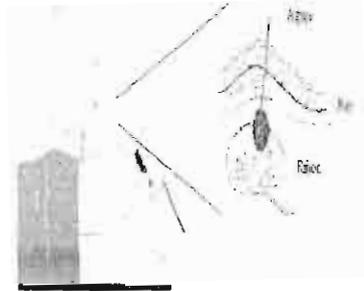
Nombre y Apellido: .....

Nº H.C.....Edad:.....Cama: .....

**¿Qué vamos a hacer?**

La biopsia renal es una técnica que consiste en la inserción de una aguja en uno de sus riñones atravesando la piel, para extraer una muestra de tejido renal a través de esa aguja.

El procedimiento se realiza usualmente bajo anestesia local. En niños muy pequeños y no colaboradores se requerirá anestesia general. En algunas situaciones, además se usará un ecógrafo para ubicar la zona de la punción.



**¿Qué beneficios tiene?**

La biopsia renal se realiza para alcanzar un diagnóstico específico de la enfermedad renal, permitiendo conocer el pronóstico de la enfermedad y modificar el tratamiento de la misma. Al no realizarse la biopsia renal no se logrará un diagnóstico de la enfermedad renal y no se podrá aplicar el tratamiento más idóneo para el paciente.

**¿Qué riesgos tiene?**

La biopsia renal es un procedimiento seguro en el que generalmente no se presentan complicaciones graves.

La complicación más frecuente es la hematuria (presencia de sangre en la orina), que en casi todos los casos suele ser microscópica, por lo menos en la primera orina emitida después de practicada la biopsia. La hematuria macroscópica o visible puede verse en el 1 al 3% de los casos y en pocos casos puede ser abundante y requerir transfusión de sangre. Algunos pacientes pueden necesitar dilatación postobstrucción por coágulos de sangre. La presencia de hematoma perirenal (colección de sangre en el riñón) se presenta hasta en el 90% y su repercusión clínica suele ser mínima. La fístula arterio-venosa (conexión entre la arteria y vena) se reporta en el 6 al 18%, la mayoría son transitorias y no producir molestias pero si llegan a ser persistentes pueden llevar a nefrectomía parcial o total (extracción de una parte o de todo el riñón). Pueden verse además infecciones y absceso renal (acumulación de pus en el riñón) como en cualquier procedimiento invasivo. Las complicaciones más raras son la ruptura renal, laceración de la arteria aórtica o renal, laceración del hígado, neumotórax y trauma del bazo.

La incidencia de muerte relacionada con el procedimiento es de 0.1 a 0.3% y la necesidad de nefrectomía (extracción del riñón) tras el procedimiento es menos del 1%.

Asimismo, existen otras complicaciones derivadas de la aplicación de anestésicos como vómitos, reacción alérgica (anafilaxia), broncoaspiración y parada cardio-respiratoria.

**¿Qué otras alternativas hay?**

No existe en el momento actual otro procedimiento diferente a la biopsia renal que permita el diagnóstico específico de la lesión renal. Sin embargo, existe otra forma de conseguir el tejido renal mediante una operación en quirófano con anestesia general, practicando una incisión en la zona lumbar y extrayendo un pedazo de riñón mediante una resección en cuña.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA RENAL PERCUTANEA

Fecha..... Hora.....

Yo.....  
 Identificado con Documento Nacional de Identidad (otros) N°..... en calidad de..... de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr. (a) ..... y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

.....  
 (Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA RESPONSABLE  
 HUELLA DIGITAL



.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA (TESTIGO)  
 HUELLA DIGITAL



.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 CMP:..... R.E:.....

.....  
 FIRMA Y SELLO

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... en calidad de..... de él (la) menor..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA RESPONSABLE  
 HUELLA DIGITAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE

**Nombres y Apellidos:** .....

**Edad:** ..... **N° H.C.:** ..... **N° Cama:** .....

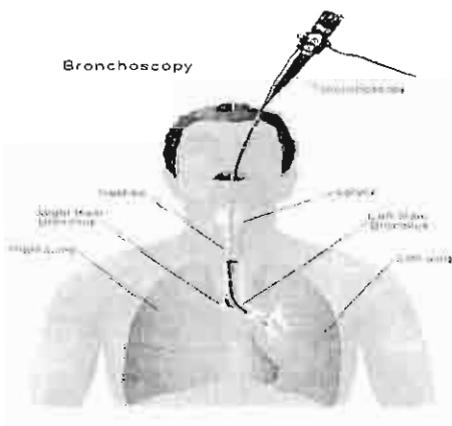
La Fibrobroncoscopia ó Broncoscopia Flexible es un procedimiento que permite al médico visualizar directamente el interior de la vía respiratoria más baja a través de un broncoscopio (un aparato largo, delgado de 3,5 mm de diámetro con un visor) metido por la nariz o la boca del paciente el cual previamente ha sido sedado. Con el broncoscopio, el médico es capaz de ver directamente el aspecto de la vía aérea (laringe, tráquea, bronquios) evaluando si existen anomalías anatómicas o funcionales (paciente respirando espontáneamente).

El diseño del broncoscopio flexible es ventajoso porque puede ser maniobrado en bronquios más pequeños, rindiendo más información acerca de su condición.

Además, el broncoscopio flexible de fibra óptica tiene un canal interior que aumenta las capacidades de tratamiento, tal como administrar oxígeno, capacidad de succionar secreciones para estudio y cultivo, realizar toma de muestras del tejido (biopsia), administrar local y directamente medicinas, etc

Una Broncoscopia se puede realizar por razones diagnósticas o terapéuticas que pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

- Obstrucción de la aérea.
- Estridor o respiración ruidosa
- Anormalidades radiográficas persistentes.
- Atelectasias (porción del pulmón colapsado) o Neumonía persistente o recurrente.
- Tos crónica indeterminada.
- Hiperinflación localizada.
- Sospecha de aspiración de cuerpo extraño.
- Hemoptisis (sangrado por la vía aérea).
- Evaluación de la vía aérea artificial (paciente en ventilación artificial).
- Restauración terapéutica del lumen de la vía aérea (pasaje de aire por la vía aérea).
- Eliminación de tapones de moco en bronquios.
- Enfermedades con compromiso alveolar (pulmonar). infiltrativo (proteinosis alveolar, neumonía lipídica).
- Lavado bronquioalveolar (lavado de bronquios con suero fisiológico).
- Cepillado o biopsia de lesiones endobronquiales (dentro de los bronquios).
- Intubación



Al igual que con cualquier procedimiento invasivo, las complicaciones pueden ocurrir. Las complicaciones relacionadas a la Broncoscopia pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

**Hipoxia :** Es la falta de oxígeno en la sangre. Generalmente reversible con aporte de Oxígeno excepto cuando es originada por una sedación profunda lo cual se revierte luego de un tiempo una vez cesada la acción del fármaco sedante.

**Neumotórax: (3%).** Es la fuga de aire a la cavidad torácica. Generalmente asociado a la realización de una biopsia transbronquial

**Fiebre :** Generalmente después de realizado el lavado bronquio alveolar (10%-30%). Es rara la aparición de fiebre sin haberse realizado lavado

bronquioalveolar (1.2%).

**Infección**

**Sangrado :**(0.7%) generalmente después de realizarse biopsia.

**Arritmias cardiacas** causadas generalmente por hipoxemia

**Perforación bronquial.**

Laringoespasmo y/o bronco espasmo.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE**

Fecha..... Hora.....

Yo.....  
Identificado con Documento Nacional de Identidad (otros) N°.....en calidad de.....de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr (a) .....y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

.....  
(Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
DNI:.....

.....  
FIRMA RESPONSABLE  
HUELLA DIGITAL

.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
DNI:.....

.....  
FIRMA (TESTIGO)  
HUELLA DIGITAL

.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
CMP:.....R.E:.....

.....  
FIRMA Y SELLO

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....  
en calidad de..... de él (la) menor .....  
..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

.....  
NOMBRES Y APELLIDOS

.....  
FIRMA RESPONSABLE

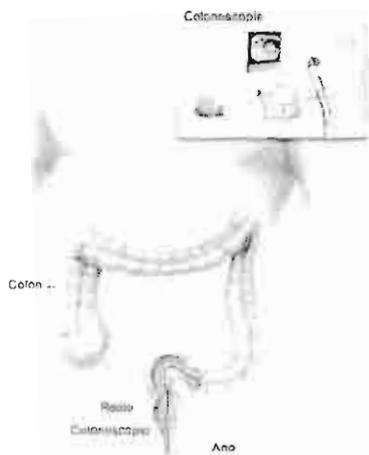
## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO COLONOSCOPIA

Nombres y Apellidos: .....

Edad: ..... N° H.C.: ..... N° Cama: .....

La **COLONOSCOPIA**, consiste en la introducción de un tubo flexible con luz y cámara, que permite explorar el intestino grueso e íleon distal de su niño(a) mediante un examen por vía rectal, con un instrumento llamado colonoscopio.

El **objetivo** es identificar lesiones, que pudieran ser tratadas oportunamente.



La mayoría de veces es indispensable la toma de muestras de tejido de forma superficial, mediante el empleo de pinzas.

El examen puede requerir además de procedimientos complementarios como extracción de pólipos (**polipectomía**), esclerosis de venas o cauterización de vasos sangrantes.

La colonoscopia se realiza mediante **sedación consciente** (el niño estará despierto pero no recordará el procedimiento y puede reaccionar con risa, llanto o agitación) o con **anestesia general**.

Se administrarán medicamentos por vía endovenosa (sedantes o anestésicos). En el caso de anestesia general el niño estará vigilado por un médico anestesiólogo

La alternativa a este procedimiento diagnóstico es la radiografía con contraste, menos fiable y que no permite la visión directa de la mucosa y menos obtener biopsias. En el caso de la hemorragia, la opción es la cirugía.

### RIESGOS:

Al igual que con cualquier procedimiento invasivo, las **complicaciones** pueden ocurrir. Las complicaciones relacionadas a la colonoscopia pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

- Dolor o distensión abdominal, que constituyen la complicación más frecuente y desaparecen una vez finalizada la exploración.
- Alteraciones del ritmo cardíaco, transitorias y poco importantes; pero ocasionalmente graves, sobre todo si padece del corazón o del pulmón.
- Alergias al anestésico u otro medicamento empleado en la sedación y/o anestesia.
- Infecciones: muy infrecuentes por los procesos de limpieza y desinfección a que se someten los equipos.
- Perforación o hemorragia, que suelen precisar cirugía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades y/o alergias medicamentosas que conozca de su niño.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO COLONOSCOPIA**

Fecha..... Hora.....

Yo.....

Identificado con Documento Nacional de Identidad (otros) N°..... en calidad de..... de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr. (a) ..... y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

.....

(Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

..... NOMBRES Y APELLIDOS DNI:.....	..... FIRMA RESPONSABLE HUELLA DIGITAL	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div>
---	--	---

..... NOMBRES Y APELLIDOS DNI:.....	..... FIRMA (TESTIGO) HUELLA DIGITAL	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div>
---	--	---

..... NOMBRES Y APELLIDOS CMP: ..... R.E:.....	..... FIRMA Y SELLO	
--	------------------------	--

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....

en calidad de..... de él (la) menor.....

..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

..... NOMBRES Y APELLIDOS DNI:.....	..... FIRMA RESPONSABLE HUELLA DIGITAL	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div>
---	--	---



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUCIÓN  
SALUD BARTOLOME

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE  
MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"



DEPARTAMENTO  
DE PEDIATRIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO TORACOCENTESIS

Nombres y Apellidos: .....

Edad: ..... N° H.C.: ..... N° Cama.....

La toracocentesis es el procedimiento que consiste en la introducción percutánea (a través de la piel) de una aguja o catéter en el espacio pleural (espacio entre la caja torácica y el pulmón), para extraer aire o líquido con fines diagnósticos o terapéuticos. Nos permite la extracción de una muestra de líquido que se envía para su análisis (microbiológico y anatomopatológico) a fin de aproximarse a un diagnóstico de la enfermedad.

Se indica dicho procedimiento para la evacuación:

Neumotórax (Es la fuga de aire al espacio pleural)

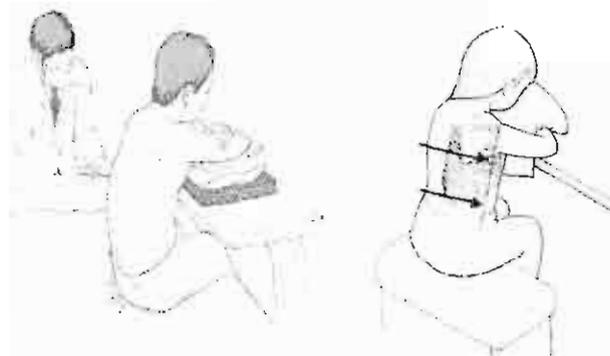
Hemotórax (presencia de sangre en el espacio pleural)

Quilotórax (presencia de líquido seroso en el espacio pleural)

Derrame pleural (líquido anormal en el espacio pleural).

Empiema pleural (presencia de pus en el espacio pleural)

La toracocentesis se realiza con el paciente habitualmente sentado y tras desinfección de la zona de punción se anestesia la zona con anestésico local. Se escoge la zona de punción con mayor declive posible, en función de la localización del derrame ( 5º-7º espacio intercostal - línea axilar posterior ). En general el mejor lugar para punzar es justo por debajo de la punta de la escápula.



El paciente debe estar sentado y apoyado con sus brazos levantados sobre la camilla.

Se limpia la zona con antiséptico y se anestesia el espacio intercostal, desde la piel a pleura parietal realizando un habón en la piel (aguja de 25 G) y avanzando con una aguja de 22 G, sobre el borde superior de la costilla inyectando anestésico y aspirando alternativamente.

A continuación se realiza la toma de muestras para su estudio.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista y sobre todo en determinadas circunstancias, hace necesario el uso de pre medicación (atropina) y anestesia local en la zona de la punción. En ocasiones puede precisar del uso concomitante de una exploración ecográfica del tórax para localizar la zona más adecuada a la punción.

Una toracocentesis percutánea también se puede realizar por razones diagnósticas que pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente.

- Exudados pleurales de etiología no definida (líquidos anormales en el espacio pleural)
- Sospecha de malignidad
- Sospecha de tuberculosis

### RIESGOS:

Al igual que con cualquier procedimiento invasivo, las complicaciones pueden ocurrir. Las complicaciones relacionadas a la toracosintesis percutánea pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

Neumotórax: Es la fuga de aire a la cavidad torácica. Dependiendo de si se tienen enfermedades respiratorias crónicas varía del 11 al 42%.

Tos y dolor torácico : (10%)

Infección de la zona de punción: (2%)

Hipotensión (presión sanguínea baja), náuseas y mareos: (< 1%)



PERÚ

Ministerio de Salud

CONVOCAMIENTO

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"



DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO TORACOCENTESIS

Fecha..... Hora .....

Yo,.....

Identificado con Documento Nacional de Identidad (otros) N°.....en calidad de.....de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr. (a) .....y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

(Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
DNI:.....

.....  
FIRMA RESPONSABLE  
HUELLA DIGITAL



.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
DNI:.....

.....  
FIRMA (TESTIGO)  
HUELLA DIGITAL



.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
CMP:..... R.E: .....

.....  
FIRMA Y SELLO

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....  
en calidad de..... de él (la) menor .....

..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

.....  
NOMBRES Y APELLIDOS  
DNI:.....

.....  
FIRMA RESPONSABLE  
HUELLA DIGITAL





PERÚ

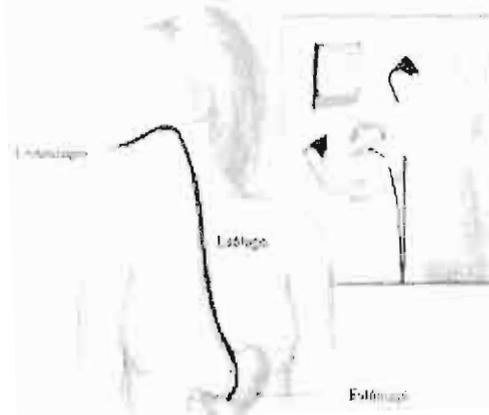
Ministerio  
de SaludHOSPITAL NACIONAL  
MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"HOSPITAL NACIONAL DOCENTE  
MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"DEPARTAMENTO  
DE PEDIATRIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Nombres y Apellidos: .....

Edad: ..... N° H.C.: ..... N° Cama: .....

La ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, consiste en la introducción de un tubo flexible con luz y cámara, que permite explorar el esófago, estómago y duodeno.



El objetivo es identificar lesiones, que pudieran ser tratadas oportunamente.

La mayoría de veces es indispensable la toma de muestra de tejido de forma superficial, mediante el empleo de pinzas.

En casos de hemorragia digestiva, puede ser necesario el empleo de **sustancias esclerosantes o de ligaduras** para coagular o cicatrizar lesiones sangrantes como las várices o úlceras gastroduodenales o de otras **técnicas de hemostasia o extracción de pólipos**.

Esta exploración se realiza mediante **sedación consciente** (el niño estará despierto pero no recordará el procedimiento y puede reaccionar con risa, llanto o agitación) o con **anestesia general**, en los pacientes que lo requieran.

Se administrarán medicamentos por vía endovenosa (sedantes o anestésicos) y anestesia tópica en la orofaringe. En el caso de anestesia general el niño estará vigilado por un médico anestesiólogo.

La alternativa a este procedimiento diagnóstico es la radiografía con contraste, menos fiable y que no permite la visión directa de la mucosa y menos obtener biopsias. En el caso de la hemorragia, la opción es la cirugía.

### RIESGOS:

Al igual que con cualquier procedimiento invasivo, las complicaciones pueden ocurrir. Las complicaciones relacionadas a la endoscopia pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

- Aspiración o paso del contenido del tubo digestivo a las vías respiratorias, pudiendo ocasionar neumonía.
- Alteraciones del ritmo cardíaco, transitorias y poco importantes; pero ocasionalmente graves, sobre todo si padece del corazón o del pulmón.
- Alergias al anestésico u otro medicamento empleado en la sedación y/o anestesia.
- Infecciones. muy infrecuentes por los adecuados proceso de limpieza y desinfección a que se someten los equipos.
- Perforación o hemorragia, que suelen precisar cirugía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades y/o alergias medicamentosas que conozca de su niño.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Fecha..... Hora .....

Yo, ..... en calidad de..... de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr. (a) ..... y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

(Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables

NOMBRES Y APELLIDOS DNI.....

FIRMA RESPONSABLE HUELLA DIGITAL



NOMBRES Y APELLIDOS DNI.....

FIRMA (TESTIGO) HUELLA DIGITAL



NOMBRES Y APELLIDOS CMP:..... R E .....

FIRMA Y SELLO

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..... en calidad de..... de él (la) menor..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

NOMBRES Y APELLIDOS DNI.....

FIRMA RESPONSABLE HUELLA DIGITAL





### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO COLOCACION DE GATETER DE DIALISIS PERITONEAL AGUDA

Nombre y Apellido: .....

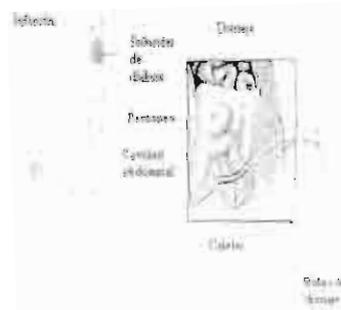
Nº H.C..... Edad: ..... Cama: .....

#### ¿Por qué se le ha indicado este procedimiento?

Si se le ha indicado este procedimiento es porque los riñones no están funcionando en forma adecuada. Los riñones son dos órganos cuya función principal es eliminar los químicos innecesarios y los residuos que hay en la sangre. Cuando los riñones dejan de funcionar se conoce como insuficiencia o injuria renal. En esta situación se produce la acumulación de sustancias tóxicas en el organismo y puede comprometer la vida del paciente

#### ¿Qué vamos a hacer?

El procedimiento se conoce como **diálisis peritoneal** y consiste en la depuración de la sangre de forma continua a través de una membrana que hay en el interior del abdomen que reviste todas las vísceras intestinales, llamada peritoneo. Esta membrana, que está en contacto con un líquido llamado líquido peritoneal, es capaz de eliminar toxinas, excesos de fluidos o de sales y productos de desecho del organismo



Este procedimiento se realiza mediante la **inserción de un tubito o catéter** en el abdomen, a través del cual es posible llenar y vaciar sucesivamente la cavidad abdominal de líquido para realizar la diálisis.

El tiempo de empleo de la diálisis peritoneal es variable y depende básicamente de la recuperación de la función de los riñones.

#### ¿Qué beneficios tiene?

Este procedimiento es efectivo en la mayoría de los niños para realizar un tratamiento sustitutivo de la función renal, eliminando las toxinas, productos de desecho y exceso de agua del organismo.

#### ¿Qué riesgos tiene?

Las principales complicaciones que se puede producir durante la inserción del catéter de diálisis peritoneal son: sangrado en la zona de inserción, hemoperitoneo (presencia de sangre en el líquido de diálisis) y en raras ocasiones perforación o laceración de alguna viscera hueca o algún vaso sanguíneo.

Durante la realización de la diálisis peritoneal las principales complicaciones son las infecciones, como infección de la piel que rodea al catéter o del peritoneo (peritonitis). La mayoría de peritonitis son benignas y curan en 3 o 4 días con la administración de antibióticos. En raras situaciones y según la gravedad se requiere el retiro del catéter.

#### ¿Qué otras alternativas hay?

En niños muy pequeños no existe otra alternativa. Otros niños pueden ser tratados con hemodiálisis.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO COLOCACION DE CATETER DE DIALISIS PERITONEAL AGUDA**

Fecha..... Hora.....

Yo.....  
 Identificado con Documento Nacional de Identidad (otros) N°..... en calidad de..... de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr. (a) ..... y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

.....  
 (Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

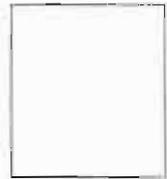
.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA RESPONSABLE  
 HUELLA DIGITAL



.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA (TESTIGO)  
 HUELLA DIGITAL



.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 CMP:..... R.E:.....

.....  
 FIRMA Y SELLO

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....  
 en calidad de..... de él (a) menor.....  
 ..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA RESPONSABLE  
 HUELLA DIGITAL





### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA PLEURAL

Nombres y Apellidos: .....

Edad: ..... N° H.C.: ..... N° Cama.....

La Biopsia pleural percutánea es una técnica destinada a la obtención de un fragmento de pleura parietal (membrana que cubre el pulmón dentro de la caja torácica), que, tras punción del tórax con un trocar fino (aguja especial para la biopsia), permite la extracción de una muestra de tejido que se estudia para su análisis (microbiológico y anatomopatológico) a fin de aproximarse a un diagnóstico de la enfermedad.



Con el paciente habitualmente sentado y tras desinfección de la zona de punción se anestesia la zona con anestésico local.

Se realiza una pequeña apertura en la zona de punción con un bisturí, de aproximadamente 0.5 cms., llegando en profundidad hasta el tejido celular subcutáneo para introducir la aguja de biopsia elegida hasta perforar la pleura parietal. A continuación se realiza la toma de muestras para su estudio.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista y sobre todo en determinadas circunstancias, hace necesario el uso de pre medicación (atropina) y anestesia local en la zona de la punción. En ocasiones puede precisar del uso concomitante de una exploración ecográfica del tórax para localizar la zona más adecuada a la punción.

Una biopsia pleural percutánea se puede realizar por razones diagnósticas o terapéuticas que pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

- Exudados pleurales de etiología no definida (Presencia de líquido anormal en la pleura)
- Sospecha de malignidad
- Sospecha de tuberculosis

#### RIESGOS:

Al igual que con cualquier procedimiento invasivo, las complicaciones pueden ocurrir. Las complicaciones relacionadas a la biopsia pleural percutánea pueden incluir, pero no son limitadas a lo siguiente:

- Neumotórax:** Es la fuga de aire a la cavidad torácica. Dependiendo de si se tienen enfermedades respiratorias crónicas varía del 11 al 42%.
- Tos y dolor torácico :** (10%)
- Infección de la zona de punción:** (2%)
- Hipotensión, náuseas y mareos:** (< 1%)

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA PLEURAL

Fecha..... Hora .....

Yo.....  
 Identificado con Documento Nacional de Identidad (otros) N°.....en calidad de.....de él (la) menor.....

..... he mantenido una reunión con el (la) Dr. (a) .....y me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios, procedimientos, tratamientos médicos que mi menor hijo(a) requiere.

Por el presente documento autorizo en forma libre, consciente y voluntaria a los médicos tratantes para que efectúen

.....  
 (Nombre del procedimiento o tratamiento médico/quirúrgico a realizarse)

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, que podrá desprenderse de dicho acto médico.

Me han informado de la posibilidad de ocurrencia de riesgos reales y potenciales, efectos colaterales, efectos adversos y complicaciones del procedimiento, así como de sus ventajas y de los beneficios que se obtendrá informándome, asimismo las consecuencias de no tratamiento o no realización del procedimiento.

También me han informado sobre los efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA RESPONSABLE  
 HUELLA DIGITAL



.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA (TESTIGO)  
 HUELLA DIGITAL



.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 CMP:..... R.E:.....

.....  
 FIRMA Y SELLO

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....  
 en calidad de..... de él (la) menor .....  
 ..... he decidido de manera libre y voluntaria no aceptar los estudios, procedimientos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi menor hijo(a) requiere.

.....  
 NOMBRES Y APELLIDOS  
 DNI:.....

.....  
 FIRMA RESPONSABLE  
 HUELLA DIGITAL

