



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 129 -2023-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 24 de Julio de 2023

VISTO:

El expediente Nº 13898-23, y;

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del inciso 15.4 del artículo 15º de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, modificado por la Ley Nº 29414 – “Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud”, la misma que señala que, toda persona tiene derecho: “A otorgar su consentimiento informado libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de su salud”;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo del 2018, se aprobó la Norma Técnica Nº 139-MINSA/2018/DGAIN – “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, señala que, en el formato de consentimiento informado: “Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la Historia Clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda”;

Que, mediante Memorando Nº93-DO-HONADOMANI-SB-2023, la Jefa del Departamento de Odontoestomatología, solicita a la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, la evaluación y aprobación del formato Consentimiento Informado para el Procedimiento Terapia de Endodoncia en Piezas Dentarias Vitales y No Vitales del Departamento de Odontoestomatología;

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad a través de Nota Informativa Nº181-2023-OGC-HONADOMANI-SB, emite opinión favorable para la aprobación del formato de consentimiento informado, y señala que este cumple con los criterios establecidos en la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN – “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobada mediante la Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA de fecha 13 de marzo del 2018, solicitando continuar con los trámites de aprobación del formato de Consentimiento Informado para Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Vitales y No Vitales (Endodoncia) del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”;

Que, mediante Nota Informativa Nº112-2023-DA-HONADOMANI.SB, el Director Adjunto en el marco de su competencia otorga opinión favorable para la aprobación del Formato de Consentimiento Informado para Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Vitales y No Vitales (Endodoncia), Servicio de Odontología de la Mujer del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”; en consecuencia a través del Memorando Nº 438.2023.DG.HONADOMANI.SB, el Director



General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica se sirva realizar la proyección del acto resolutivo correspondiente;

Que, ante lo propuesto por el Departamento de Odontoestomatología y contando con la opinión favorable de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Gestión de la Calidad; y teniendo en cuenta que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, asimismo, debemos señalar que los actos administrativos deben expresar su respectivo objeto, de tal modo que pueda determinarse inequívocamente sus efectos jurídicos, en ese contexto resulta necesario emitir el acto resolutivo de aprobación del Formato de Consentimiento Informado para Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Vitales y no Vitales (Endodoncia), Servicio de Odontología de la Mujer del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación del Director Adjunto, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Odontoestomatología y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA y la Resolución Ministerial N° 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 el Formato de "**Consentimiento Informado para Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Vitales y no Vitales**" (Endodoncia), Servicio de Odontología de la Mujer del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que consta de dos (02) folios, debidamente visados que forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Odontoestomatología, implemente la difusión y aplicación interna del formato aprobado en el Artículo Primero de la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (www.sanbartolome.gob.pe)

Regístrese, Publíquese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427

SGCR//ERL/MCM/JCO/lccs
c.c.

- DA
- OGC
- DO
- OAJ
- OEI
- Archivo

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

*CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA
ENDODONTICA EN PIEZAS DENTARIAS VITALES Y NO
VITALES (ENDODONCIA)*

ELABORADO POR:

- ESP. C D. MENDOZA CAMA, LISSETE LILIANA

SERVICIO: ODONTOLOGIA DE LA MUJER

DEPARTAMENTO: ODONTOESTOMATOLOGIA

LIMA - PERÚ

2023

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA ENDODONTICA EN PIEZAS
DENTARIAS VITALES Y NO VITALES (ENDODONCIA)

Establecimiento de Salud: _____

Señor(a) _____ está siendo informado que el procedimiento de ENDODONCIA en una o más piezas dentarias _____ en términos sencillos es lo siguiente:

1) Descripción de la intervención o procedimiento: consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente.

2) Riesgos reales y potenciales del procedimiento: el tratamiento que va a recibir implica la administración de anestesia local, tendrá la sensación de adormecimiento del labio o de la cara que normalmente va a desaparecer en dos o tres horas.

Se le informa, que a pesar de realizar correctamente la técnica de endodoncia, cabe la posibilidad de que la infección no se elimine totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical o la extracción dental al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo. Debido al debilitamiento que sufre un diente bajo tratamiento de endodoncia, variaciones anatómicas, calcificación de los conductos y otras situaciones complejas existe la probabilidad de sufrir complicaciones menos frecuentes como fracturas de limas e instrumentos, extravasación del irrigante, fractura de la aguja anestésica durante la aplicación, separación de fresa diamantada en cámara pulpar, alergia al material intracoronal o provisional, reacción alérgica por el látex utilizado durante el aislamiento absoluto, desprendimiento de material coronal provisional.

De igual modo, en un intento de conseguir la mejor preparación y relleno del conducto, es posible que parte del material sea movilizado o desplazado involuntariamente a zonas de difícil acceso (sobreobturación) o que en piezas con morfología compleja no permite la preparación y el sellado hasta el final del conducto (subobturación) por lo que podría ser necesario una cirugía apical.

3) Pronóstico y recomendaciones posteriores: es frecuente que el diente se debilite y tiende a fracturarse por lo que podrá ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradicales, concluido el tratamiento de endodoncia, el cemento provisional que se encuentra en la corona del diente deberá ser cambiado por la restauración definitiva, recomendada por su cirujano dentista tratante, en un plazo máximo de un mes. De lo contrario la endodoncia puede contaminarse haciendo necesario un nuevo tratamiento generando costos adicionales.



EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....de..... del 202....

Hora:

Yo.....con DNI. N°.....e Historia Clínica N°..... Declaro haber sido informado(a) que el cirujano dentista, me ha explicado de forma clara y con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Por lo tanto, en forma libre, consciente y voluntaria; SI (), NO () DOY MI CONSENTIMIENTO para el procedimiento de ENDODONCIA.


..... Firma o huella digital del paciente o representante legal D.N.I.....

..... Firma y sello del profesional Nombre y Apellido D.N.I.....



REVOCATORIA / DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Fecha.....de..... del 202....

Hora:

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado y, por ello **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento descrito anteriormente y, habiendo entendido las implicancias que ello conlleve, asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.


..... Firma o huella digital del paciente o representante legal D.N.I.....

..... Firma y sello del profesional (cualquier profesional de la salud) Nombre y Apellido D.N.I.....
