REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 11 de enero del 2023.

VISTOS: Informe N° 1225-2022-DIRESA-HRM/03 emitido el 30 de diciembre de 2022 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 101-2022-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 23 de noviembre por la responsable del Área de Racionalización, Informe N° 533-2022-DIRESA-HRM/05 emitido el 24 de octubre de 2022 por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 021-2022/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido el 06 de octubre de 2022 por profesional de la salud de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 330-2022-DIRESA-HRM/11 emitido el 21 de setiembre de 2022 por la Jefatura del Departamento de Medicina.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud es de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, 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;

Que, el artículo 4° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico, exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso;

Que, el inciso d) del artículo 15° de la Ley General de Salud, establece que, toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo. Asimismo, el inciso h) establece 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 éste;

Que, el artículo 40° del mismo cuerpo normativo señala que, los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico. Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente;

Que, mediante el artículo 60° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo se establece que, el establecimiento con internamiento debe contar con formatos de consentimiento informado que permitan registrar la autorización del paciente a ser sometido a tratamientos especiales, o pruebas riesgosas o intervenciones que lo puedan afectar psiquica o físicamente. Los formatos señalados en el presente artículo se sujetan a lo dispuesto en la Norma Técnica de Historias Clínicas que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", establece que el consentimiento informado es la conformidad expresa

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 11 de enero del 2023.

del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficiosa, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;

Que, mediante Informe N° 330-2022-DIRESA-HRM/11 emitido por la Jefatura del Departamento de Medicina se adjunta el formato de consentimiento informado de ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) Y CONDUCCIÓN NERVIOSA, del departamento de medicina especializada para el servicio de neurología;

Que, mediante Informe N° 533-2022-DIRESA-HRM/05 emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, se adjunta el Informe N° 021-2022/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido por profesional de la salud de la Unidad de Gestión de la Calidad, señalando que el formato propuesto cumple con los criterios establecidos en la NTS N° 139-MINSA/2018-DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica";

Que, mediante Informe N° 1225-2022-DIRESA-HRM/03 emitido por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, se adjunta el Informe N° 101-2022-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido por la responsable del Área de Racionalización, donde se emite la opinión técnica favorable al formato propuesto, para su aplicación en el Servicio de medicina especializada del Departamento de medicina, asignándole el Código XI-D.MED-2SME-01;

Contando con Proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, con los vistos buenos de la Oficina de Planeamiento Estratégico y la Unidad de Gestión de la Calidad;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N°007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el formato de **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) Y CONDUCCIÓN NERVIOSA** con Código XI-D.MED-2SME-01 que consta de un (01) folio impreso en ambas caras, el cual forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad y al Departamento de Medicina la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión e implementación de uso del formato aprobado en el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- REMITASE copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.E. JOSÉ LUIS HORNA DONOSO
CMP 051559
DIRECTOR EJECUTIVO

JLHD/DE
JLRV/AL
(1) DIRECCION EJECUTIVA
(1) ADMINISTRACION
(1) PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
(1) U. CALIDAD
(1) DPTO. MEDICINA
(1) SERV. MEDICINA ESP.
(1) ESTADÍSTICA
(1) ARCHIVO

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) Y CONDUCCION NERVIOSA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

Este procedimiento es el registro de la actividad eléctrica mediante la estimulación eléctrica en regiones de trayectos nerviosos seguido de la inserción de un electrodo en forma de aguja, en zonas específicas a estudiar.

Se usa para estudiar el sistema nervioso periférico y los músculos que inerva, que nos permite diagnosticar enfermedades neuromusculares, así como determinar su intensidad y origen.

PREPARACIÓN PREVIA: -Para su preparación es recomendable una higiene corporal previa y no utilizar cremas ni talcos en el cuerpo.

No es necesario estar en ayunas y debe de tomar su medicación habitual a menos que por una causa concreta su médico le indique lo contrario.

Debe comunicar al médico si toma medicamentos anticoagulantes (SINTROM, WARFARINA), si tiene problemas de coagulación, o es portador de MARCAPASOS.

Conviene que retire los objetos metálicos que lleve en brazos/piernas (anillos, relojes, pulseras) momentos antes del examen.

REALIZACIÓN: El estudio se realizará sentado o acostado en una camilla. Comenzará la prueba estimulando los nervios a investigar, mediante pequeños estímulos eléctricos y obteniendo las respuestas musculares con electrodos de superficie adhesivos. Posteriormente y si fuese necesario, se introducirán una aguja muy fina a nivel de diferentes músculos de las extremidades, cara, cuello o tronco. Durante todo el estudio será necesaria su colaboración y relajación.

La duración de la exploración es muy variable, puede oscilar entre 20 y 60 minutos, según cada caso particular y en función del protocolo que sea necesario utilizar. Es una prueba molesta y algo dolorosa.

¿PARA QUÉ SIRVE? Es muy útil para conocer el nivel de la lesión, determinando si el problema se localiza en manos, brazos, piernas, o cara, etc, o si es generalizado en algunos casos. También demuestra si se trata de una enfermedad de músculos, nervios, placa motora, raíces nerviosas cervicales, dorsales o lumbosacras o a nivel radiculo-medular

Este examen es solicitado en pacientes que refieren, debilidad o falta de fuerza dolor local o generalizado, hormigueos, adormecimientos, calambres, o pérdida de masa muscular.

¿QUE EFECTOS SECUNDARIOS PUEDE PRODUCIR EL PROCEDIMIENTO? Dolor en el lugar de punción, hematomas en el lugar de punción (se desvanecen en pocos minutos o días).

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AREA DE RACIONALIZACIÓN HRM

CÓDIGO: XI-D.MED-2SME-01

Yo_____ identificado (a) con DNI N°_____, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N°_____, Historia Clínica N°_____ con el Diagnóstico: _____

Declaro:
Que el Médico _____ con CMP N°_____, y RNE N°_____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del PROCEDIMIENTO: ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DE NERVIOS PERIFERICOS, sobre el cual he sido informado.
Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente: Doy mi Consentimiento para la realización del PROCEDIMIENTO DE ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DE NERVIOS PERIFERICOS.

---------- ----------
FIRMA DE PACIENTE FIRMA DEL MEDICO

MOQUEGUA _____ DE _____ 20__

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____, identificado (a) con DNI ( ), N°_____, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N°_____, Historia Clínica N°_____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha _____ para la realización de _____ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de apaciente y/o mi representado.

---------- ----------
FIRMA DE PACIENTE FIRMA DEL MEDICO

MOQUEGUA _____ DE _____ 20__