



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

**VISTOS:** El Informe N° 1213-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 04 de octubre de 2023 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 141-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 04 de octubre de 2023 por el Área de Racionalización, el Informe N° 695-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 28 de septiembre de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 157-2023/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido el 2 de septiembre de 2023 por el Médico Prestacional – UGC, el Informe N° 135-2023-DIRESA-HRM/18 emitido el 20 de julio de 2023 por el Departamento de Anestesiología, y;

### 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 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 mencionada 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. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido;

Que, el inciso d) del artículo 15° de la Ley General de Salud, estipula 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, por otro lado, se tiene el Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece en su artículo 24 que: Toda persona tiene derecho a otorgar o negar consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. (...);

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 psíquica 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 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 beneficios, 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° 135-2023-DIRESA-HRM/18 de fecha 20 de julio de 2023, el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, remite ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, la propuesta de formatos de consentimiento informado, para evaluación y aprobación, siendo estos los siguientes:

- Consentimiento Informado para Anestesia General.
- Consentimiento Informado para Anestesia Raquídea y Epidural.
- Consentimiento Informado para Sedación.
- Consentimiento Informado para Anestesia Local.
- Consentimiento Informado para Anestesia Troncular.

Que, a través de Informe N° 157-2023-DIRESA-HRM/05-BGGV-MC de fecha 26 de septiembre de 2023, el Médico Prestacional - UGC, remite ante la Unidad de Gestión de la Calidad, una serie de formatos de consentimiento informado, a fin de que sean evaluados y aprobados, asimismo indica que los mismos fueron validados por el Comité de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua (Acta N° 004-2023), encontrándose dentro de estos los formatos de Consentimiento Informado del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico;

Que, con Informe N° 695-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 28 de septiembre de 2023, la Unidad de Gestión de Calidad, eleva ante la Dirección Ejecutiva Del Hospital Regional de Moquegua, los formatos de Consentimiento Informado - "Consentimientos Informados del Departamento de Anestesiología", otorgando opinión favorable a los mismos, por lo que solicita su aprobación, previa revisión;

Que, mediante Informe N° 141-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC de fecha 04 de octubre de 2023, la responsable del Área de Racionalización, evalúa los formatos de consentimiento informado y otorga opinión técnica favorable a los mismos, encontrándose dentro de estos los "Consentimientos Informados del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico", el mismo que se le asigna los siguientes códigos:

- Consentimiento Informado para Anestesia General – XVIII-D.AyCQ-001
- Consentimiento Informado para Anestesia Raquídea y Epidural – XVIII-D.AyCQ-002
- Consentimiento Informado para Sedación – XVIII-D.AyCQ-003
- Consentimiento Informado para Anestesia Local – XVIII-D.AyCQ-004
- Consentimiento Informado para Anestesia Troncular – XVIII-D.AyCQ-005

Que, a través de Informe N° 1213-2023-DIRESA-HRM-03 de fecha de recepción 05 de octubre de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto a los formatos de consentimiento informado - "Consentimientos



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

**Informados del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico** y lo remite a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua para su aprobación vía acto resolutivo;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Unidad de Gestión de la Calidad y con el proveído de Dirección Ejecutiva que dispone la emisión del acto resolutivo;

En atención a 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** los formatos de "**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO**", conforme al siguiente detalle:

N°	FORMATO	CODIGO	FOLIOS
01	Consentimiento Informado para Anestesia General	XVIII-D.AyCQ-001	01 ambas caras
02	Consentimiento Informado para Anestesia Raquídea y Epidural	XVIII-D.AyCQ-002	01 ambas caras
03	Consentimiento Informado para Sedación	XVIII-D.AyCQ-003	01 ambas caras
04	Consentimiento Informado para Anestesia Local	XVIII-D.AyCQ-004	01 ambas caras
05	Consentimiento Informado para Anestesia Troncular	XVIII-D.AyCQ-005	01 ambas caras

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad y al Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, 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°.- REMÍTASE** copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua ([www.hospitalmoquegua.gob.pe](http://www.hospitalmoquegua.gob.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE.**



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO  
C.M.P. 53129 R.NE. 042740  
DIRECTORA EJECUTIVA

TEMP/DIRECCIÓN  
JLR/VAL  
(01) O. ADMINISTRACION  
(01) O. PLANEAMIENTO  
(01) U.G.C.  
(01) D. ANESTESIOLOGIA.  
(01) ESTADÍSTICA  
(01) ARCHIVO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA RAQUIDEA Y EPIDURAL  
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 – Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

(El encabezado será llenado por el profesional de la salud, el consentimiento por el paciente o apoderado y explicado por el médico tratante)

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos			
Con DNI			Edad:

Procedimiento quirúrgico propuesto: .....

Hipótesis diagnóstica: ..... CIE 10:.....

**INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

- Anestesia Raquídea: Aplicación del anestésico en el canal raquídeo (subdural).
- Anestesia Epidural: Se aplica el anestésico en el espacio epidural.

**POSIBLES RIESGOS:**

Aparte del riesgo de la intervención quirúrgica, del que me informará el médico cirujano, la administración de la anestesia raquídea o epidural, como sucede en todo procedimiento médico 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 y conlleva una serie de riesgos, que son aceptados de acuerdo con la experiencia y el estado actual de la ciencia médica y que pasamos a enumerar:

- a. Dolor de cabeza.
- b. Infección y/o hematoma en el sitio de aplicación.
- c. Apnea: Falta de movimientos respiratorios (Parálisis respiratoria).
- d. Dolor lumbar.
- e. Meningitis: Inflamación de las membranas que recubren el sistema nervioso central.
- f. Reacciones alérgicas.
- g. Vejiga Neurogénica: Pérdida de control de la vejiga.
- h. Síntomas Neurológicos transitorios o definitivos, tales como paraplejía, déficit sensitivo.
- i. Disminución de la presión arterial.
- j. Ocasionalmente la muerte.

También se me ha explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos imprevisibles (reacciones alérgicas y/o idiosincráticas a medicamentos, productos sanguíneos y/o elementos de monitoreo).

**DECLARACIÓN DEL PACIENTE:**

Se me ha mencionado que requiero se me someta a la técnica anestésica indicada, para llevarme al estado de insensibilización local o regional, ocasionalmente acompañado de sedación, para poder realizar el procedimiento médico en forma segura y sin dolor, para lo cual recibiré los medicamentos pertinentes. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en tomo al procedimiento que me será practicado.

Se me ha informado además que, si tengo factores de riesgo Inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, mi riesgo a la anestesia aumentará, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del Hospital Regional de Moquegua, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna. Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ),  
APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico Tratante \_\_\_\_\_ con  
CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi  
apoderado la realización del procedimiento para la ANESTESIA RAQUIDEA Y EPIDURAL sobre el cual he sido  
informado detalladamente. 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:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO DE  
ANESTESIA RAQUIDEA Y EPIDURAL**



Firma del paciente o representante legal.



Huella Digital

Firma y sello del Médico tratante  
Nombres y apellidos:

Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
N° de celular: \_\_\_\_\_

CMP N°: \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO DE  
ANESTESIA RAQUÍDEA Y EPIDURAL**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_  
Que a pesar de toda la información entregada por el equipo médico tratante y los riesgos que implica no realizar el  
PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA RAQUIDEA Y EPIDURAL, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN  
/REVOCACIÓN** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi  
decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

Firma del paciente o representante legal.



Huella Digital

Firma y sello del Profesional no Médico que recibe la  
revocatoria.  
Nombres y apellidos:

Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
N° de celular: \_\_\_\_\_

N° Colegiatura Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.Cl.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro