



## 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° 055-2023-DIRESA-HRM/15 emitido el 24 de marzo de 2023 por el Departamento de Odontología, 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° 055-2023-DIRESA-HRM/15 de fecha 24 de marzo de 2023, el Departamento de Odontología, remite ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, la propuesta de formato de consentimiento informado Procedimiento Asistencial de Endodoncia, para su revisión y aprobación vía acto resolutivo;

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 el formato de consentimiento informado Procedimiento Asistencial de Endodoncia del Departamento de Odontología;

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 - "Consentimiento Informado Procedimiento Asistencial de Endodoncia", 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 el "**Consentimiento Informado Procedimiento Asistencial de Endodoncia**", el mismo que se le asigna el código XV-D-ODONT-001, y obra en un (01) folio, impreso en ambas caras;

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 - "**Consentimiento Informado Procedimiento Asistencial de Endodoncia**" 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;



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de octubre de 2023.

### SE RESUELVE:

**Artículo 1º.- APROBAR** el formato de "CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENDODONCIA", con Código XV-D-ODONT-001, el cual consta de un (01) folio impreso en ambas caras y forma parte integrante de la presente resolución.

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

**Artículo 3º.- 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 A.N.E. 042740  
DIRECTORA EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN  
JLRV/AL  
(01) O. ADMINISTRACIÓN  
(01) O. PLANEAMIENTO  
(01) U.G.C.  
(01) D. ODONTOESTOMATOLOGÍA  
(01) ESTADÍSTICA  
(01) ARCHIVO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE  
ENDODONCIA  
ESPECIALIDAD DE ENDODONCIA / DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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		Edad:	
Con DNI			

Procedimiento: .....

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

**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El objetivo de la endodoncia es preservar el diente y evitar su extracción, consiste en eliminar la pulpa dental infectada o dañada y rellenar el espacio con un material biocompatible para evitar molestias o dolor.

El tratamiento de endodoncia (tratamiento de conductos) se hace bajo anestesia local, consiste en la apertura del diente, la limpieza y desinfección y el relleno interior del mismo, se realiza bajo anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y/o proceso infeccioso de la pieza dentaria. Entre una sesión y otra se deja una obturación provisoria para sellar el diente en tratamiento. Una vez finalizado el diente requerirá una obturación definitiva y/o realización de un perno y corona.

El procedimiento de la endodoncia consta de los siguientes pasos:

- Se aísla el diente con un dique de goma para evitar la contaminación con la saliva.
- Se hace una pequeña apertura en la corona del diente para acceder a la cámara pulpar.
- Se limpia y desinfecta el conducto radicular con instrumentos especiales y soluciones irrigantes.
- Se rellena el conducto radicular con un material llamado gutapercha, que sella el espacio y evita la reinfección.
- Se restaura la corona del diente con una obturación temporal o permanente, según el caso.

**RIESGOS:**

Después de la atención, y entre una sesión y otra, puede aparecer o aumentar los síntomas del proceso infeccioso, aparición y aumento de dolor, hinchazón de cara, generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Debido a variaciones anatómicas, el compromiso infeccioso del hueso, las calcificaciones de conductos, las calcificaciones de conductos, las fisuras dentarias, u otras situaciones complejas de prever, existe porcentaje de dientes que sufren accidentes como fracturas de instrumentos, pasaje de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras, lo que puede modificar el pronóstico del diente y la planificación inicial, pudiendo ser necesaria la exodoncia dental.

Cabe la posibilidad que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses e incluso años.

Es posible que después de la endodoncia del diente este cambie de color y se oscurezca ligeramente.

**OTRAS ALTERNATIVAS:**

- La exodoncia, es la extracción del diente afectado, que implica la pérdida de una pieza dental y puede causar problemas estéticos, funcionales y de alineación de los demás dientes.
- La colocación de un implante dental, que consiste en reemplazar el diente extraído por una prótesis fija que se ancla al hueso. Es una opción más costosa y compleja que la endodoncia, y requiere más tiempo y visitas al dentista.

**RIESGOS FRECUENTES:**

(Efectos adversos leves)

.....  
.....

**RIESGOS GRAVES:**

(Eventos adversos graves y poco frecuentes)

.....  
.....



**SITUACIONES ESPECIALES QUE SE DEBEN CONSIDERAR.**

(Describir los casos de enfermedades que agravan el presentar algún riesgo en general y en particular del paciente)

.....

.....

**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 Usuaras 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 DE ENDODONCIA 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 PROCEDIMIENTO DE ENDODONCIA**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:

Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico tratante  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CMP N°: \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO DE ENDODONCIA**

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 ENDODONCIA, 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 apoderado  
Nombres y apellidos:

Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional no Médico  
que recibe la revocatoria

Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Colegio Profesional: \_\_\_\_\_

APellidos y Nombres	N° H.C.I.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro