



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
CJP/CMV/DIB/sib



RESOLUCIÓN EXENTA Nº

245 01.02.2024

SAN ANTONIO,

VISTOS: El Manual del Estándar General de Acreditación Para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada; Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley Nº1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2763 de 1979 ; D.S. Nº 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta Nº 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta Nº 3416 25-05-2006 y Resolución Exenta Nº287 31-01-2024 del Hospital Claudio Vicuña San Antonio.

CONSIDERANDO:

Dar cumplimiento a la característica DP 2.1 "Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo".

RESUELVO:

APRUEBESE; "Protocolo Consentimiento Informado", en su octava edición.

Notifíquese y difúndase


DRA. CHRISTABEL JENSEN PINEDA
DIRECTORA (S)
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA ★



DISTRIBUCIÓN:

Dirección
SDGA
Oficina de Partes
Of. De Calidad y Seg del Paciente
Unidad Control de Gestión
CC Gineco Obstetra

CC Medicina
CC Pediatría
CC Cirugía
CC Emergencia Adulto Infantil
Unidad de Traumatología

CC Emergencia Gineco Obstetricia
CC UTI
CC Unidad de Cuidados Medios
CC Gineco Obstetricia
CC Imagenología

CC Aislamiento
CC Medicina
CR CAE
Bloque médico Quirúrgico
CC Endoscopia

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA 1995-2007-2010	Hospital Claudio Vicuña	Código: DP 2.1
		Edición: Octava
	Protocolo Consentimiento Informado	Página 1 de 8
		Fecha: enero 2024

Protocolo Consentimiento Informado

Modificado por: Luis Gabler Sumonte Profesional OCSP  <i>[Signature]</i> Fecha: enero 2024	Revisado y Autorizado por: Daniela Barra Encargada OCSP  <i>[Signature]</i> Omar Pujol Gonzalez Subdirector (S) Gestión Asistencial Fecha: enero 2024	Aprobado por: Dra. Christabel Jensen P Directora (s) Hospital Claudio Vicuña.  <i>[Signature]</i> Fecha: enero 2024
---	--	--

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA 1952-2024	Hospital Claudio Vicuña	Código: DP 2.1
		Edición: Octava
	Protocolo Consentimiento Informado	Página 2 de 8
		Fecha: enero 2024

Índice

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsable de la ejecución	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	4
7.	Flujograma	6
8.	Distribución	6
9.	Anexos	7
10.	Formulario de control de cambio	8

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SALUD Y BIENESTAR	Hospital Claudio Vicuña	Código: DP 2.1
		Edición: Octava
	Protocolo Consentimiento Informado	Página 3 de 8
		Fecha: enero 2024

1. Objetivo

- Definir los casos donde será obligatorio el uso del Consentimiento Informado.
- Definir las características específicas que debe contener el Consentimiento Informado.
- Estandarizar el procedimiento para la obtención del Consentimiento Informado del Hospital.
- Aportar información sobre el procedimiento a realizar por parte del médico tratante, para que el paciente, su familia o tutor legal, pueda tomar decisiones respecto a su estado de salud, como una manera de promover el derecho a ejercer su autonomía consistiendo o no frente a un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

2. Alcance

Todos los pacientes adultos o pediátricos que ingresan al Hospital para ser sometidos a procedimientos de alto riesgo, al menos en:

- Cirugías Mayores
- Procedimientos Endoscópicos
- Imagenología Intervencional

Este documento se aplicará en todas las Unidades donde se ejecuten los mencionados procedimientos.

3. Documentos relacionados

- Ley 20.584, "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud".
- Protocolo de Prevención de Eventos adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos

4. Responsables

De la ejecución	Médico tratante
De la supervisión	Jefe Centro de Costo
Supervisor(a) y/o Encargado de las Áreas clínicas y/o Unidades de Apoyo	Revisar y colaborar que este documento esté completo y en ficha clínica antes de iniciar el procedimiento o de enviar el paciente a pabellón, como también de mantener los formularios del consentimiento en las unidades correspondientes.

El Consentimiento Informado, deberá ser ejecutado por el Médico o por el profesional integrante de mismo equipo médico que participa en el procedimiento.

5. Definiciones

Consentimiento informado: Proceso de encuentro y diálogo entre el médico y el paciente cuyo objetivo es entregar información del procedimiento y/o intervención al cual será sometido.

Revocación de consentimiento Información: Voluntad del paciente o su representante legal, o en su defecto, la persona bajo cuyo cuidado se encuentre se retracte de su consentimiento.

Voluntariedad: Acto del paciente de decidir libremente someterse a un tratamiento o procedimiento invasivo sin que haya presión, ni manipulación.

Información: Conocimiento entregado sobre el objetivo del tratamiento o procedimiento, los beneficios o riesgos potenciales del mismo, en forma clara y comprensible.

Representante legal: Familiar directo o tutor nombrado judicialmente.

Persona bajo los cuidados del paciente: Persona que asiste, cuida y vela por todas las necesidades básicas del paciente.

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA Santiago	Hospital Claudio Vicuña	Código: DP 2.1
		Edición: Octava
	Protocolo Consentimiento Informado	Página 4 de 8
		Fecha: enero 2024

Comprensión: Capacidad del usuario de entender la información que recibe.

Pacientes mayores de edad Todo paciente mayor a 18 años de edad.

Pacientes Menores de edad: todo paciente cuya edad fluctúa entre un mes y diecisiete años once meses 29 días.

Cirugía Mayor: Procesos quirúrgicos (incluyendo procedimientos terapéuticos y diagnósticos) que requieran de administración de anestesia general, regional y/o sedación profunda.

Imagenología internacional: Procedimiento imagenológico con uso de métodos guiados por imágenes para acceder a intersticios, cavidades, órganos o sistemas, con el objetivo de inyectar medios de contraste en forma selectiva, obtener muestras para estudios de diferente índole y tratar percutáneamente algunas condiciones que, de otro modo, requerirían cirugía. Las técnicas incluyen el uso de balones, catéter, microcateter, stents, etc.

6. Desarrollo

Todo paciente tiene derecho a ser informado en forma adecuada, oportuna y comprensible, por parte del médico o profesional responsable del procedimiento, acerca del estado de su salud, intervención a realizar, objetivo del procedimiento, sus características y potenciales riesgos, con el fin de llegar a una decisión de aceptación, rechazo o en ocasiones de revocación, previo a la ejecución.

Cuando la condición del paciente, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento, se encuentre con alteración de conciencia o en caso de menores de edad, la información será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre.

Procedimiento de obtención del Consentimiento Informado

- El médico que indica o que realiza el procedimiento informará al paciente de la necesidad de obtener el consentimiento informado.
- El médico tratante debe describir previamente la intervención a realizar, objetivo del procedimiento, sus características y potenciales riesgos al paciente o a su representante legal, o en su defecto, la persona bajo cuyo cuidado se encuentre en forma verbal y escrita, lo cual quedará registrado en el formulario de Registro "Consentimiento Informado" que deberá quedar en la ficha clínica del paciente.
- El médico que ejecutará el procedimiento es el responsable de cerciorarse que el paciente haya consentido, corroborando la existencia del documento en la ficha clínica
- Se establece que el paciente o su representante legal, o en su defecto la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia en ficha clínica del formulario de Registro "Consentimiento Informado" con los datos completos requeridos.
- El formulario de Registro de "Consentimiento Informado" (anexo1) puede ser llenado de manera manual o digital, debiéndose en este último caso imprimir para que el paciente o tutor complete con un ticket la aceptación o rechazo del procedimiento y firme el documento. De igual forma la firma del médico debe ser registrada manualmente.
- El formulario de Registro de "Consentimiento Informado" deberá contener obligatoriamente la siguiente información:

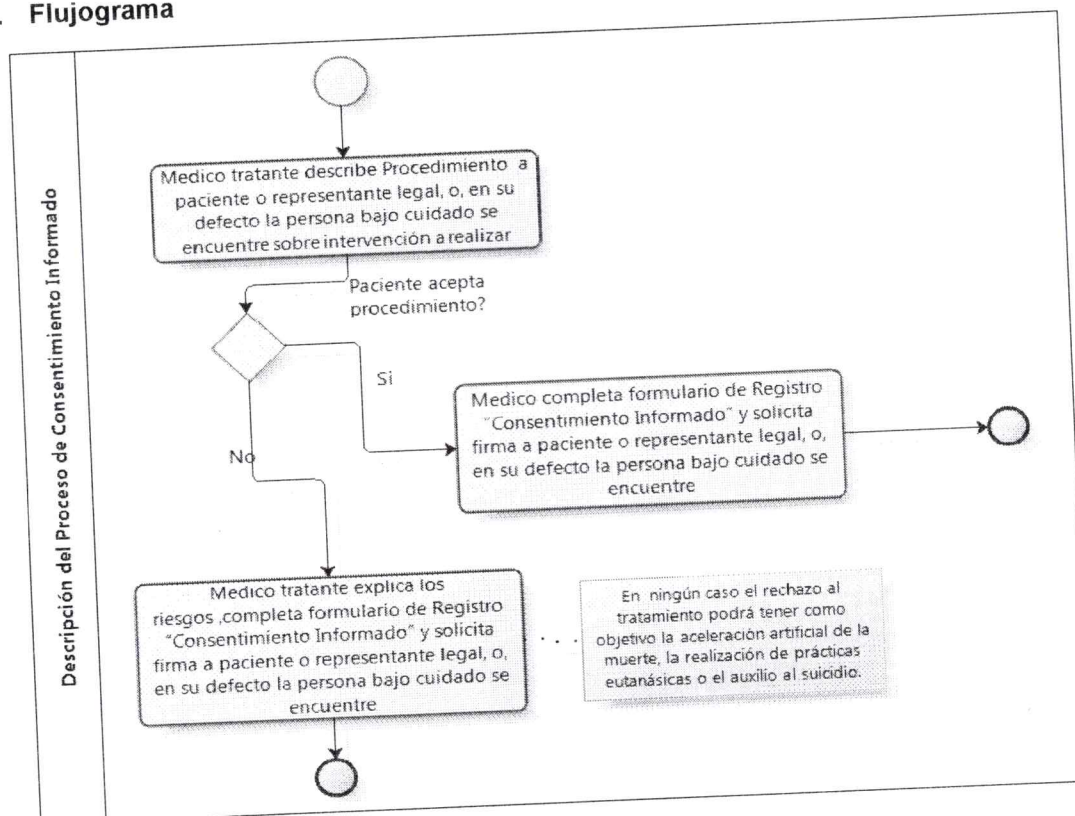
 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SAPUQUEN	Hospital Claudio Vicuña	Código: DP 2.1
		Edición: Octava
	Protocolo Consentimiento Informado	Página 5 de 8
		Fecha: enero 2024

- ✓ Nombre y dos apellidos o solo uno en caso de contar con solo uno de ellos.
- ✓ Fecha.
- ✓ La Intervención o procedimiento a realizar (sin abreviatura).
- ✓ Aceptación o rechazo
- ✓ Firma del paciente
- ✓ En caso de menor de edad, discapacidad física y/o mental: Nombre y dos Apellidos (o solo uno en caso de contar con solo uno de ellos) del representante legal, o en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre, RUT, Firma.
- ✓ Nombre y apellido del médico que realiza el procedimiento,
- ✓ Firma

Consideraciones

- Excepciones del consentimiento informado:
 - ✓ Riesgos a la Salud Pública.
 - ✓ Indicación de procedimiento por orden judicial.
- Debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.
- En caso en el que el paciente o su representante legal, o en su defecto, la persona bajo cuyo cuidado se encuentre haya firmado el Consentimiento Informado y en su derecho se retracte, firmará el formulario de registro "Revocación Consentimiento Informado"(anexo 2), que contendrán obligatoriamente la siguiente información:
 - ✓ Nombre y dos apellidos del paciente o solo uno en caso de contar con solo uno de ellos.
 - ✓ Fecha
 - ✓ Firma del paciente
 - ✓ En caso de menor de edad discapacidad física y/o mental llevará el nombre y dos apellidos (o solo uno en caso de contar con solo uno de ellos) del representante legal, o en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre y su firma
 - ✓ Nombre y apellido del médico que realiza el procedimiento.
 - ✓ Firma
 - En ningún caso el rechazo al tratamiento podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.
 - No se requerirá de Consentimiento Informado en las siguientes situaciones:
 - ✓ En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable o el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda. Sin embargo, una vez superada la emergencia, el paciente debe ser informado siempre que ello no ponga en riesgo su vida.
 - ✓ Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.
 - ***En caso de pacientes analfabetos, que no tenga discapacidad de entendimiento se solicitará huella digital en Firma del paciente.***

7. Flujograma



Procesado por
bizagi
Herramienta

8. Distribución

- Cirugía
- Gineco Obstetricia
- Aislamiento
- Pediatría
- UTI
- Medicina
- Unidad Cuidados Medios
- Unidad de Endoscopía
- Unidad de Emergencia Adulto Infantil
- Unidad de Emergencia Gineco-Obstetricia
- Imagenología
- Consultorio Adosado de Especialidad de Médicas y Dentales

9. Anexos

Anexo 1

Formulario de Registro "Consentimiento Informado"

	Consentimiento Informado	
1. Datos personales del paciente Nombre y dos apellidos: _____ Fecha: _____ Servicio Clínico: _____		
Por intermedio de este documento declaro que he sido informado(a) de la Intervención o Procedimiento a Realizar que consiste en: _____ _____		
Certifico que he sido informado(a) detalladamente, en lenguaje comprensible sobre los objetivos del procedimiento, sus características, sus potenciales riesgos y complicaciones; que he comprendido correctamente, y las dudas e inquietudes fueron resueltas adecuadamente, por lo cual, en plena posesión de mis facultades intelectuales,		
ACEPTO ☐ RECHAZO ☐		
A que se me practique la intervención o procedimiento en el entendido de que en cualquier momento puedo revocar mi decisión. Firma del Paciente: _____		
2. En caso de menor de edad, discapacidad física y/o mental Nombre y dos apellidos del representante legal, o en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre: _____ RUT: _____ Firma: _____		
Nombre y apellido del Médico: _____ Firma: _____		

