

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD SOSTENIBLE**

**Análisis de la situación de la  
aplicación del proceso de  
consentimiento informado  
por las(os) profesionales de  
Enfermería  
en la Unidad de Terapia  
Intensiva del  
hospital México, en el primer  
trimestre de 2002**

**Realizado por:  
Licda. Olga Marín Chaves**

# Licda. Yolanda Argüello Alguera

Abril, 2002

## RECONOCIMIENTO

---

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a todos los profesionales de **Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva**, que de una u otra forma colaboraron con la conclusión de este trabajo de graduación.

A la **Máster Griselda Ugalde Salazar** por su incommensurable asesoramiento,

A la **Máster Ligia Murillo Castro**, a la **Licenciada Melba Quesada Víquez** por sus valiosos aportes.

A las enfermeras, **Licda. Grettel Chinchilla Ledezma**, **Licda. Damaris Orias Anchía**, **Licda. Roxana Camacho**, por su aporte en esta investigación y a **Paola** por su incondicional ayuda.



## **TRIBUNAL EXAMINADOR Y COMITÉ ASESOR**

### **TRIBUNAL EXAMINADOR**

---

**Dra. Lissett Brenes Badilla**  
**Directora Programa de Maestría**

---

**Dr. Guido Miranda Gutiérrez**  
**Coordinador del Programa**

---

**Dr. Oscar Fallas Camacho**  
**Coordinador del Programa**

---

**M.Sc. Iris Obando**

---

**M.Sc. María Griselda Ugalde Salazar**  
**Tutora de la Investigación**

---

**Licda. Melba Quesada Víquez**  
**Lectora de la Investigación**

**TRIBUNAL ASESOR**

---

**M.Sc. María Griselda Ugalde Salazar**  
**Tutora**

---

**M.Sc. Ligia Murillo Castro**  
**Lectora**

---

**Licda. Melba Quesada Víquez**  
**Lectora**

## DEDICATORIA

---

A nuestro Padre Celestial  
por permitirnos alcanzar  
esta meta.

Yolanda y Olga



## DEDICATORIA

---

A la memoria de mis padres, a mi esposo Wilberth ya que su comprensión fue de inmenso valor. A mis hijos Andrey, Candy y Randy, mi mayor tesoro, quienes fueron mi inspiración en la conclusión de este trabajo.

Yolanda



## DEDICATORIA

---

A mi madre, a Miguel y a mis hermanas por su apoyo incondicional y estar a mi lado siempre, los amo.

A todos mis sobrinos, especialmente a Paola y a Adriana.

# Olga



# ÍNDICE

	Página
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1	Introducción ..... 2
1.2	Tema..... 4
1.3	Justificación y delimitación del problema ..... 4
1.4	Objetivos..... 9
14.1	Objetivo general ..... 9
1.4.2	Objetivos específicos ..... 9
<b>CAPÍTULO II</b>	
2.1	Antecedentes..... 11
2.1.1	Estudios internacionales ..... 11
2.1.2	Estudios nacionales ..... 15
2.1.3	Contexto local ..... 17
2.2	Generalidades sobre el proceso de consentimiento informado ..... 18
2.3	Profesional de enfermería y conocimiento del proceso de consentimiento informado ..... 22
2.4	Aplicación del proceso de consentimiento informado ..... 30
2.5	Vínculo del proceso de consentimiento informado con los planteamientos del modelo readecuado de salud..... 37
<b>CAPÍTULO III</b>	
3.1	Tipo de estudio ..... 41
3.2	Área de estudio..... 41
3.3	Participantes ..... 44
3.4	Momentos metodológicos ..... 44
3.4.1	Primer momento: Preparatorio ..... 44
3.4.1.1	Fase reflexiva ..... 44
3.4.1.2	Fase de diseño ..... 47
3.4.2	Trabajo de campo ..... 49
3.4.2.1	Ser parte del campo ..... 49
3.4.2.2	Coordinaciones..... 50
3.4.2.3	Fuentes de investigación..... 50
3.4.2.4	Métodos e instrumentos de recolección de datos..... 51
3.4.3	Fase analítica..... 53

## CAPÍTULO IV

Análisis de los resultados.....	56
Encuestas a enfermeros(as).....	56
a) Funciones del consentimiento informado.....	57
b) Utilización de un protocolo del consentimiento informado.....	58
c) Importancia de un protocolo del consentimiento informado.....	59
d) Aplicación del proceso de consentimiento informado en las notas de Enfermería.....	60
e) Formas de obtener el consentimiento informado.....	61
f) Formas de adquirir el conocimiento sobre el proceso de consentimiento informado.....	62
g) Opinión sobre la persona ideal para brindar información.....	63
h) Aspectos por informar al paciente y familia.....	63
i) Lugar ideal para proporcionar información al paciente y familia ...	64
Entrevista a informantes claves.....	65
a) Concepto sobre el proceso de consentimiento informado.....	66
b) Formas de adquirir el conocimiento sobre el proceso de consentimiento informado.....	66
c) Condiciones para la obtención del proceso de consentimiento informado.....	67
d) Desarrollo de un protocolo de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.....	68
e) Importancia y utilidad de un protocolo de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.....	68
Observación no participante.....	71
Revisión del expediente clínico.....	73
Contradicciones encontradas en el estudio.....	74

## CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones.....	79
5.2 Recomendaciones.....	81
Bibliografía.....	83
Anexos.....	86
<b>Anexo 1:</b> Coordinaciones realizadas para la elaboración de la investigación	
<b>Anexo 2:</b> Revisión de expediente clínico respecto a la aplicación del proceso de consentimiento informado en las notas de Enfermería	

- Anexo 3:** Entrevistas a informantes claves sobre la aplicación del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México.
- Anexo 4:** Encuesta dirigida a profesionales de Enfermería sobre el conocimiento y aplicación del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México
- Anexo 5:** Guía de observación no participante sobre la aplicación del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva dirigida a profesionales de Enfermería

# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

Durante muchos años en las instituciones de salud se habla de derechos y deberes del cliente externo, y se ha intentado su reconocimiento en un modelo patocéntrico, por lo cual siempre se mantiene como sujeto pasivo. Sin embargo, el intento de una visión integral de la atención de salud hace que ese papel pasivo se transforme en uno más activo, en el cual la persona puede expresar libremente sus inquietudes, intereses y exigencias hacia las instituciones y a la sociedad misma, para su autosatisfacción. Es aquí donde cobra valor el conocimiento de sus deberes y derechos sin olvidar el de los profesionales y el logro de su empoderamiento.

El consentimiento informado, como acto humano, es un proceso comunicativo que se establece entre la persona que recibe la atención y el equipo de salud, que complementa la necesidad del individuo en la sociedad, en su derecho a ser informado y a participar activamente en las decisiones que se tomen.

En el desempeño de su labor o quehacer diario, es importante que el profesional de Enfermería aplique el proceso de consentimiento informado, por lo tanto, se realizó una investigación, que estudia los conocimientos que tienen los profesionales de Enfermería, con respecto al consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México, en el primer trimestre del año 2002.

Esta investigación es un tipo de estudio de caso que pone énfasis en la interpretación de los contenidos del discurso de los sujetos participantes. A su vez, analiza el entorno en el cual se llevan a cabo acciones con respecto al consentimiento informado. Se aplican diversas técnicas, como: entrevistas, encuestas, auditoría de expedientes y observación no participante para la obtención de información. Los datos se procesarán mediante la descripción de contextos y la triangulación. Por último, se elaboró un informe escrito que será presentado en un tribunal de graduación y en reuniones de equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos.

## **1.2 TEMA**

Análisis de la situación de la aplicación del proceso de consentimiento informado, por las (os) profesionales de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México, en el primer trimestre de 2002.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Es conveniente efectuar una investigación sobre el consentimiento informado que identifique los conocimientos y la aplicación que realiza el profesional de Enfermería en su quehacer diario, así como el estudio del establecimiento de la responsabilidad que tiene en este proceso como miembro del equipo de salud, ya que es quien permanece al lado del paciente durante las 24 horas.

Parte del rol del profesional de Enfermería, es atender las necesidades de la persona, grupo o comunidad, por lo que los derechos de los (as) usuarios (as) es un eje del proceso de Enfermería. Se debe informar sobre los diferentes procedimientos, lo que convierte esta actividad en un requisito imprescindible del consentimiento informado, y permite la decisión que toma la persona y su familia al respecto.

Este proceso de diálogo es desarrollado en un marco de la relación equipo de salud-paciente, según el cual una persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, permitiéndole al

individuo capacitarse y participar activamente en la toma de decisiones respecto del procedimiento y tratamientos referentes a su enfermedad, estimulándolo al desarrollo moral y espiritual como parte del derecho que tiene a recibir servicios de salud eficaces y eficientes.

En la práctica diaria, el profesional de Enfermería realiza valoraciones de los pacientes, diagnostica su estado de ansiedad relacionado con el déficit de conocimiento de su patología, tratamientos y procedimientos; reconoce sus temores, mitos, creencias y estereotipos. Es también responsable de preservar los derechos de los pacientes y determinar el grado de comprensión y de aprobación que tiene de ellos. Es un derecho inalienable de la persona estar protegido y que los procedimientos, aunque no sean invasivos deben asegurarle la protección de su integridad.

Ante este planteamiento, cabe cuestionarse: ¿cuáles son los conocimientos que tiene el profesional con respecto al proceso de consentimiento informado?, ¿cuáles son las prácticas que aplican los profesionales de Enfermería con respecto al consentimiento informado en el campo clínico?, ¿cuál es la normativa existente en la institución al respecto, que guía al cumplimiento del proceso del consentimiento informado? Toda vez que este se enfoque como un proceso necesario para establecer y reconocer la libertad de decisión del paciente y que al mismo tiempo, ayude a disminuir las demandas por negligencia o mala praxis.

Como gerentes en salud y parte del equipo interdisciplinario, el profesional

de Enfermería debe ser visionario, proyectarse a futuro, actualizándose constantemente ante los cambios de un mundo moderno y participar en la construcción de un modelo de modernización del sector salud, con una nueva visión social de la salud, lo cual implica la participación ciudadana de las personas en la protección de la salud.

En el reglamento de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) se menciona que la persona tiene derecho a recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como las implicaciones de las alternativas de tratamiento a que podría ser sometido no obstante, en la práctica diaria, estos derechos son invisibilizados.

Ante tal reto debe tomarse en cuenta, ¿cuál es la opinión de los(as) enfermeros(as) sobre el proceso de consentimiento informado? Este no es solo un requisito legal que el personal de salud debe cumplir para evitar posteriormente denuncias y problemas judiciales, es una exigencia de orden ético, que el paciente sea un interlocutor válido, cuyos intereses deben ser tomados en cuenta cuando se toman decisiones que le afecten. En caso contrario, se atenta contra su dignidad, porque es “digno de ser tomado en cuenta”.

El profesional de Enfermería debe poner al servicio del individuo sus conocimientos y ayuda para la vida cotidiana, tanto si este acepta un tratamiento como si lo rechaza.

La Enfermería como profesión, con su carácter social, ha demostrado una

constante preocupación por las implicaciones éticas que lleva aparejada su actividad. Sin embargo, en entrevistas realizadas a miembros del ente rector de la Enfermería en Costa Rica, no existe algún documento que respalde esta acción.

Como miembros del equipo de salud se ha observado que son muchos los profesionales de Enfermería que relacionan el consentimiento informado, exclusivamente como un requisito legal, que de alguna forma protege a los profesionales de la salud frente a una demanda, dejando a un lado el derecho del paciente a ser informado.

Ante tal situación, es necesario realizar un estudio que evidencie si **son congruentes los conocimientos y el ejercicio diario del profesional de Enfermería, con el proceso de consentimiento informado, que se aplica al paciente como sujeto activo, ante los planteamientos del modelo readecuado en salud, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México, en el primer trimestre del año 2002.** Evidentemente el papel que desempeña el profesional de Enfermería es más complejo que el simple hecho de ser testigo de una firma en un documento.

La aplicación de una metodología correcta proporciona el marco para adoptar decisiones de índole ético que garanticen y aclaren los derechos y responsabilidades tanto de usuarios(as) internos(as) como externos(as).

Es de interés con esta investigación que el profesional de Enfermería en su

papel de educador promueva y conduzca con los otros profesionales de la salud, el consentimiento informado para exonerar responsabilidades y este como proceso de libertad, para que el individuo desempeñe su rol como sujeto activo.

A su vez Enfermería como profesión debe hacer visible la fundamentación científica, con resultados reales derivados de la investigación de las necesidades humanas, tomando en cuenta su compromiso con el paciente como sujeto activo en el ejercicio de su profesión y asumir con autonomía su rol como educadora del paciente, no solo en el marco ético, sino también en la corresponsabilidad de un nuevo modelo más amplio y complejo, el de transformación de la salud colectiva e individual, lo cual le señala claramente las acciones independientes que debe ejecutar.

Se manifiesta una realidad con múltiples desafíos, ante lo cual Enfermería debe estar preparada para dar respuestas acertadas y coherentes en el ejercicio de la profesión.

Las posibilidades de desarrollo y crecimiento de esta materia retan al profesional en Enfermería a liderar el cambio por medio de un ejercicio autónomo de la profesión, mediante una formación académica que le permita demostrar los beneficios de su intervención en el consentimiento informado, dentro del trabajo interdisciplinario.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la congruencia entre el conocimiento y el ejercicio diario del profesional de Enfermería con el proceso de consentimiento informado, que se aplica a los pacientes como sujetos activos, con el propósito de mejorar la calidad de atención, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México.

### 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar los conocimientos sobre el consentimiento informado que tiene el profesional de Enfermería, de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México.
- 2) Identificar cómo ejecuta el profesional de Enfermería, en el ejercicio diario de su labor, el proceso de consentimiento informado, que aplica a los pacientes como sujetos activos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México.
- 3) Sugerir estrategias educativas para el profesional de Enfermería en relación con la aplicación del consentimiento informado a los pacientes como sujetos activos.

# CAPÍTULO II

# MARCO TEÓRICO

## 2.1 ANTECEDENTES

### 2.1.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES

Se describe en la literatura que el profesional en salud (médico) decidía por sí solo el tratamiento para el paciente, con un enfoque paternalista autocrático, limitando su autonomía y autodeterminación. *“Hasta hace pocos años las personas se sentían desvalidos en su papel de pacientes o como usuarios de los servicios de salud”*. (Trujillo, 1997: 1-2). Lo cual evidencia el ejercicio patocéntrico y autoritario del poder.

Es así como en 1986 la Asociación Americana de Hospitales, prepara la carta de derechos de los (as) pacientes para contribuir a una atención más eficaz.

Los primeros antecedentes del consentimiento informado son dos, los cuales se derivan del artículo 1º de la Declaración de Filadelfia (1774) que establece *“el derecho de las personas a la vida, a la libertad y a la propiedad, destacando de forma expresa que no han cedido nunca, en ningún poder soberano, el derecho a disponer de ellos sin su consentimiento”*. (Osuma, 2000: 59).

Otro, en la Ética Médica de Thomas Percival (1803), en la sección tercera, al referirse al pronóstico de los distintos procesos patológicos señala:

*“que el médico debe informar periódicamente de las manifestaciones peligrosas de la enfermedad a los amigos del paciente. No debe exagerar ni minimizar la gravedad de la condición del paciente. Debe asegurarse personalmente, de que el paciente o sus allegados tengan el conocimiento del estado del enfermo, que sea necesario para proteger los mejores intereses del paciente y de la familia”*. (Osuma, 2000: 59).

La teoría del consentimiento informado tiene sus raíces en Norteamérica, pero la idea surge del contexto creado a finales de la II Guerra Mundial, con la reivindicación de los derechos civiles.

Se pueden mencionar tres aspectos que fundamentaron el consentimiento informado:

- 1) ***"El Código de Nuremberg: Tras las investigaciones científicas realizadas por el Instituto de Frankfurt para Higiene Racial en los campos de concentración en la II Guerra Mundial, por parte de la Alemania Nazi, (donde se escogían a los judíos, sin su consentimiento, a modo de cobaya), se creó el Código de Nuremberg, donde se recoge que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Es considerado como el punto de partida del consentimiento informado." (Palmes, 1997: 1).***
  
- 2) ***"La crisis del modelo de relación médico-paciente clásico: Fundamentado en el paternalismo, el paciente es considerado tanto minusválido físico, como psicológico-moral, por lo que no es capaz de tomar decisiones por sí mismo. En los años setenta, el papel del paciente y de su familia era pasivo, el médico asumía una actitud paternalista, como parte del manejo del poder. Las ideas religiosas y el ámbito familiar eran los pilares de dicha tendencia. Sin embargo, los cambios sociales, políticos y religiosos, modificaron la actitud del paciente hacia la enfermedad". (Palmes, 1997: 1-2).***
  
- 3) ***"El nacimiento de una nueva disciplina: La Bioética, marcará el modo de actuación de los médicos. El desarrollo de esta nueva ciencia está íntimamente ligada con el ámbito jurídico". (Palmes, 1997: 3-4).***

El consentimiento informado ha evolucionado por diferentes fases a lo largo de la historia:

- ◆ En 1947, con el Código de Nuremberg, se habla del consentimiento voluntario, en el que se proclama la libertad del individuo para participar sin ningún tipo de coacción.
- ◆ La segunda fase se designa como consentimiento informado y surge a finales de los años 50, en manos de los jueces pero a petición de la sociedad norteamericana.
- ◆ Los pacientes se preguntaron si tenían derecho a decidir, si una intervención es aceptable de acuerdo con sus riesgos y sus beneficios y de las alternativas disponibles o incluso el rechazo del tratamiento.
- ◆ El término consentimiento informado fue empleado en 1957 en el Estado de California, *en el caso Salgo* contra el Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustress. "*El caso Salgo*" fue el resultado de una aortografía translumbar, Martín Salgo sufrió una parálisis permanente, por lo que demandó al médico con el cargo de negligencia.

La corte reveló que al médico le asistía el deber de revelar al paciente todo aquello que le hubiera permitido dar su consentimiento inteligente, en el momento que se le propuso la práctica de la aortografía.

Desde entonces, comenzó a contemplarse la posibilidad de que el consentimiento informado fuera considerado como un derecho del paciente; así, del campo jurídico pasó al campo de la ética médica.

Como consecuencia de todo esto, los(as) médicos(as) debían informar a los pacientes sobre los riesgos graves de un tratamiento y los tratamientos alternativos al mismo. En 1972 la American Hospital Association, garantizó el derecho del paciente a la participación en la declaración de los derechos del paciente. Además en España:

*“La Constitución Española de 1978 promueve la transformación de la figura del ciudadano sumiso a los mandatos de la administración, en la de ciudadano titular de derechos frente a la administración, enfocando el derecho a la información y a la participación en asuntos públicos”.  
(Cubero, 2001: 2)*

Hasta hace poco tiempo, en la relación médico(a)-enfermo(a), ha primado en el(la) médico(a) una actitud paternalista buscando el beneficio físico del paciente, pero sin que este decida acerca de su enfermedad, por lo que ha sido poco proclive a informar al paciente.

El surgimiento de un nuevo modelo de relaciones profesionales de la salud-paciente, (donde prima el derecho del paciente a participar) han planteado la necesidad de introducir cambios conceptuales, que contemplen nuevos modelos en la toma de decisiones en el campo ético y desarrollar nuevas normativas, que colaboren a resolver en lo práctico los casos de relaciones conflictivas. Por lo que se propone la creación de los Comités de Bioética. En algunos países, por ejemplo:

*“España en 1996, realizó una convocatoria en cada hospital para la conformación de comisiones hospitalarias de Bioética, definidas como Grupo Interdisciplinario de*

*Profesionales de la Salud con funciones educativas en todo lo vinculado a la temática de Bioética". (Vidal, 2001: 3).*

Con la formación de estos comités se pretende considerar a la persona como un ser humano con derechos y que necesita, por lo tanto, como sujeto activo aceptar el tratamiento y procedimientos que se le practiquen, así como a recibir toda la información necesaria en cada caso particular.

### 2.1.2 ESTUDIOS NACIONALES

El consentimiento informado se encuentra regulado en el artículo 26 del Código Penal de Costa Rica; en el artículo 22 y 27 de la Ley General de Salud; en el artículo 310 del Reglamento General de Hospitales y en el artículo 21 del Código de Moral Médica, los cuales se transcriben a continuación:

***Artículo 26 del Código Penal de Costa Rica:***

*"No delinque quien lesiona o pone en peligro un derecho con el consentimiento de quien válidamente pueda hacerlo".*

***Artículo 22 de la Ley General de Salud:***

*"Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si se tuviere impedido para hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de urgencia".*

***Artículo 27 de la Ley General de Salud:***

*"Los padres, depositarios y representantes legales de los menores e incapaces no podrán negar su consentimiento para someter a sus representados a prácticas o tratamientos cuya omisión implique peligro inminente para su vida o impedimento definitivo, según dictamen de dos médicos".*

**Artículo 310 del Reglamento General de Hospitales:**

*"Todo paciente, en estado de lucidez deberá ser informado de cualquier intervención, procedimiento o examen cruento que deba efectuársele y deberá firmar debida autorización para que se le realice tal tipo de tratamiento; en caso de enfermos menores de edad o inconscientes la autorización deberá firmarla su representante legal o su pariente más allegado disponible".*

**Artículo 21 del Código de Ética Médica:**

*"Con las excepciones que establece la ley, el médico está obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento, procedimiento médico o quirúrgico, y no debe emprender ninguna acción sin el consentimiento del enfermo, o de las personas de las cuales este depende, si es menor de edad o está incapacitado jurídicamente, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad y urgencia".*

Lo anteriormente descrito es el sustento legal de la obligatoriedad del personal de salud a informar. En Costa Rica, el consentimiento informado ha tomado fuerza por el aumento de demandas a raíz de la mala praxis, particularmente por las demandas interpuestas de familiares y pacientes sobreirradiados del Hospital San Juan de Dios, en 1997.

Otras fuentes de información como el Colegio de Enfermeras, Departamento de Bioética del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social y el Comité de Bioética del Hospital México, no tienen estudios en Enfermería respecto del consentimiento informado.

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica no cuenta con protocolos ni documentos que establezcan obligatoriedad sobre la participación del profesional de Enfermería en relación con el consentimiento informado. Lo anterior se afirma

con base en entrevista realizada a la Máster Griselda Ugalde Salazar, docente de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

El Código de Moral y Ética del profesional de Enfermería de Costa Rica no lo menciona, a pesar de que es indispensable y de argumento legal para el desarrollo del quehacer del profesional de Enfermería en Costa Rica.

Otros indicios de inicio del proceso es la creación del Comité de Bioética en el Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) en 1996, promovido por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) a nivel nacional; específicamente en el Hospital México surge en 1999, y actualmente no se encuentra acreditado.

*“La tarea de la Bioética no es determinar y elaborar nuevos principios éticos generales, sino aplicar los principios generales a los nuevos problemas que se ofrecen a la consideración de la acción humana en el reino de la vida”.* (Polaino, 1993: 4). Por ello, el consentimiento informado forma parte importante en el desarrollo de la actual bioética.

### 2.1.3 CONTEXTO LOCAL

No existe un protocolo sobre consentimiento informado, este se presenta como una nota en el expediente clínico, posterior a una información verbal dada al paciente o al familiar, escrita por el médico, como respaldo legal para el personal de salud y para la institución y no como respeto a los derechos humanos, punto de

partida para el consentimiento Informado.

A nivel de Enfermería no se encontró ningún documento sobre este aspecto en la Unidad de Terapia Intensiva, a pesar de haberse implementado la confección de diagnósticos de Enfermería acordes con el modelo de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.), en el año 2000.

## **2.2 GENERALIDADES SOBRE EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Uno de los grandes problemas de estos tiempos en la mecanización de la atención es la deshumanización en la atención de salud, lo cual repercute directa e indirectamente sobre los pacientes y familiares, produciéndoles dolor y sufrimiento.

Este problema compete a todo el equipo interdisciplinario de salud y no solo a las estructuras políticas o gubernamentales. Es importante destacar que el consentimiento informado es necesario en la autodeterminación del individuo. *“El consentimiento informado como acto humano, es un proceso comunicativo que se establece entre el paciente y el equipo de salud”*. (Mendoza, 1999: 2).

El Manual de Ética del Colegio de Médicos Americano lo define de la siguiente forma:

*“Explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance de los efectos de la misma y los riesgos y*

*beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos". (Cubero, 2001: 3).*

Además, cabe mencionar dos principios éticos que regulan el consentimiento informado, según Wagner:

*“Autonomía: es la libertad para tomar decisiones que afectan al cuerpo de cada uno, sin la coherción o la interferencia de los demás. Es a la vez la libertad de elección o autodeterminación que se experimenta en todas las etapas de la vida humana.*

*Veracidad: es importante al solicitar un consentimiento informado y al asegurarse de que el paciente es consciente de todos los riesgos y beneficios potenciales causados por los tratamientos". (Wagner, 2001: 1-3).*

De acuerdo con lo descrito por este mismo autor, el consentimiento informado, para que se dé en forma libre, voluntaria y consciente, debe reunir ciertas condiciones como:

- “
- ◆ *Disponer de una información suficiente.*
  - ◆ *Comprender la información adecuadamente.*
  - ◆ *Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.*
  - ◆ *Ser competente para tomar la decisión en cuestión".*
- (Wagner, 2001: 1-3).*

Por otra parte, este autor menciona como funciones del proceso de consentimiento informado, las siguientes:

- “
- ◆ *Promover la autonomía de los individuos.*
  - ◆ *Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones en el equipo de salud.*
  - ◆ *Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.*

- ◆ *Evitar el fraude y la coacción.*
- ◆ *Alentar la autoevaluación y el autoexamen en los profesionales de la salud.*
- ◆ *Disminuir recelos y aliviar temores.*
- ◆ *Introducir en el equipo de salud una mentalidad más probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre.”*

*(Wagner, 2001: 1-3)*

Cuando el profesional de Enfermería es testigo de un formulario de consentimiento informado para la realización de un determinado procedimiento médico o quirúrgico, su rol es más complicado que el hecho de ver cómo se firma el consentimiento informado. Su papel es luchar por los derechos del paciente y asumir una actitud con fundamento científico, por lo que debe formar parte de su conocimiento los dos tipos de consentimiento informado, los cuales Debra Dunn define como:

- “◆ ***El consentimiento expreso:*** *es el permiso oral o por escrito. En general, cuanto mayor sea el potencial de riesgo y malestar, mayor es la necesidad de obtener un Consentimiento informado.*

*Se necesita un formulario de consentimiento para procedimientos invasivos como cirugía, anestesia, colonoscopia, transfusiones de sangre, quimioterapia o arteriografía, entre otros.*

*La expresión oral del consentimiento tiene lugar por lo general en procedimientos menos invasivos, por ejemplo, cuando el paciente dice “sí” cuando Enfermería solicita sacar sangre”. (Dunn, 2000: 30)*

- “◆ ***El consentimiento implícito:*** *es obvio en el comportamiento del paciente; por ejemplo, subirse la manga para que le saquen sangre.*

*Cuando el paciente firma un formulario de consentimiento general de admisiones, otorga su consentimiento a tratamientos del tipo perfusión intravenosa y pruebas habituales. Sin embargo, el consentimiento implícito no*

*es necesariamente consentimiento informado, el paciente puede ofrecer su brazo para que la Enfermera(o) instaure una perfusión intravenosa pero puede que no sepa para qué es, cuánto tiempo durará o qué líquidos se le van a perfundir.*

*El consentimiento implícito no es suficiente si los procedimientos del tipo perfusión intravenosa, pueden tener riesgos graves y causar reacciones adversas. Por ejemplo, si un paciente va a recibir quimioterapia se requiere un formulario firmado de consentimiento". (Dunn, 2000: 30).*

Además, esta autora menciona que un formulario de consentimiento informado completo debe incluir la siguiente información:

- “
- ◆ *Nombre del paciente y número de expediente clínico.*
  - ◆ *Nombre de la persona que va a llevar a cabo el procedimiento.*
  - ◆ *Descripción del procedimiento con terminología sencilla.*
  - ◆ *El conocimiento por parte del paciente de que el médico, la Enfermera(o), u otros profesionales le han explicado los beneficios esperados y riesgos potenciales, las complicaciones y las reacciones adversas o frecuentes del procedimiento, así como que el paciente o su tutor comprenden la información.*
  - ◆ *Autorización para disponer de muestras o tejidos obtenidos durante la intervención.*
  - ◆ *La firma del paciente o de la persona autorizada con la fecha, si alguna otra persona que no sea el paciente da el consentimiento se debe incluir el nombre de esta persona, su relación con el paciente y por qué firma ella.*
  - ◆ *Si un traductor ayuda a explicar el procedimiento debe figurar su nombre.*
  - ◆ *Las firmas de los testigos con la fecha.*
  - ◆ *Escribir ninguno o no pertinente en los espacios que no requieran respuesta para evitar los espacios en blanco". (Dunn, 2000: 31).*

## **2.3 PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Los conocimientos en cualquier disciplina, particularmente en Enfermería, son la base para su crecimiento, lo que permite mantener una interacción constante con los cambios tecnológicos de la humanidad. De ahí la importancia de definirlo e introducirse en lo que es conocimiento en Enfermería, para identificar el proceso de este profesional sobre el consentimiento informado.

Según Afaf Ibrahim Meleis, el conocimiento es:

*“entendimiento e interpretación, y va hacia el encuentro de un estudio de investigación, lo que hace posible describir y anticipar con algún grado de seguridad lo que puede pasar, y con conocimiento se pueden responder interrogantes en orden de prioridad, identificando la pregunta central de un todo.*

*Además refiere que el propósito del conocer en Enfermería y la razón del conocimiento desarrolla entendimiento”. (Meleis, s/f: 1).*

De acuerdo con Meleis existen diferentes mecanismos para desarrollar el conocimiento, los cuales se mencionan a continuación:

- “ ♦ **Observación:** *Juega un rol muy importante en el desarrollo del conocimiento y juega un rol central en la práctica de Enfermería.*
- ♦ **Modelo o Patrones:** *Es definido como la configuración de relaciones entre elementos de un fenómeno particular. En el modelo las respuestas se tornan complejas y diversas, por lo tanto se hace necesario desarrollar estrategias útiles para desarrollar el conocimiento y criterios para que este conocimiento crezca”. (Meleis, s/f: 1-2).*

## ¿CÓMO CRECE EL CONOCIMIENTO?

- ♦ Mediante la identificación de problemas para Enfermería y la respuesta a

estos.

- ◆ La relación teórico-práctica.
- ◆ La experiencia (conocimiento acumulado). El conocimiento existente en la disciplina.

### ¿CÓMO SE DESARROLLA EL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA?

El conocimiento en Enfermería está muy relacionado con aquellos que lo desarrollan. El trabajo en Enfermería y los diferentes perfiles de conocimiento enriquecen el entendimiento del fenómeno de Enfermería.

Hay cinco aproximaciones para identificar el conocimiento:

1. **Silencio:** las(os) Enfermeras(os) silenciosas(os) aceptan la autoridad por otras personas, tanto en el trabajo como en la vida. Pueden saber por sus experiencias pero no tienen el lenguaje para generalizar. Estas conocen en su propia forma pero su conocimiento no es articulado o compartido.
2. **Conocimiento recibido:** las(os) enfermeras(os) que usan este tipo de conocimiento son las(os) escuchadoras(es). Las fuentes de verdad para ellas(os) son las autoridades expertas (empirismo, fenomenología, modelos médicos, sociológicos, psicológicos, administrativos). Este tipo de conocimiento depende del esfuerzo transmitido y observable, no hay ambigüedad y depende, también, de la experiencia de la autoridad.
3. **Conocimiento subjetivo:** dependen de su propia experiencia e intuición y yace con el individuo. La verdad para el conocimiento subjetivo es una reacción intuitiva, alguna vez experimentada, no pensada, algo sentido, más que la actividad perseguida o construida. No se ven como parte de un

proceso como constructoras(es) de verdad. No mencionan el proceso racional que juega un papel en la búsqueda de la verdad.

4. **Conocimiento procesal:** ellos dependen de un análisis racional, deliberado y sistemático. La verdad depende de la observación y análisis cuidadoso. Usan procesos como el de dudar y escuchar los que forman parte de la razón para arribar en la producción de su conocimiento. Separan la distancia de sí mismos en orden subjetivo del saber.
5. **Conocimiento constructivo:** para este grupo de conocedores *“todo el conocimiento es constructivo y el conocer es una parte íntima del conocer.”* (Belenkey, 1986: 37) La verdad para ellos es constructiva en un contexto. Ellos desarrollan teorías que son basadas en modelos de experiencia.” (Meleis, s/f: 1-3).

*“Existen tres formas diferentes que ayudan a desarrollar el conocimiento:*

- ◆ **Conocimiento Clínico:** *Se adquiere con la práctica clínica. Polyani (1964) lo llamó conocimiento personal y lo que Berner (1983) llamó expertos del conocimiento. El conocimiento personal es debido al tiempo, a la experiencia y a la observación. Es a través de la reflexión que el sentido de conocimiento y comprensión es desarrollado y a través de la realización significativa de su trabajo clínico, se establece la urgencia de cómo llegar a la comunicación.*
- ◆ **Conocimiento Conceptual:** *Es el que intenta generalizar más allá de la experiencia personal de un novato o un experto. Un conocimiento conceptual coherente es manifestado en el trabajo de la(del) Enfermera (o) teorizante.*
- ◆ **Conocimiento Empírico:** *Este resulta del encontrar e investigar. Por investigación no solo significa aproximación positiva, lo histórico, la fenomenología y la interpretación de aproximación son criterios para desarrollar este conocimiento. Para el conocimiento*

*empírico podemos usar algún criterio en la literatura que sea congruente con los diferentes designios.” (Meleis, s/f: 3-4)*

Carper en 1978 discutió cuatro patrones de conocimiento en Enfermería; el significado y los valores de conocimiento en Enfermería son descritos en esos cuatro patrones, los cuales son:

1. ***“Empírico:*** *El conocimiento empírico de la Enfermería es lo que comúnmente se ha relacionado a la ciencia de la Enfermería.  
El trabajo empírico se ha enfocado en la descripción e identificación del fenómeno que es fácilmente observable y es de interés en la Enfermería.  
El empirismo es un componente necesario de la forma en que las (os) enfermeras (os) conocen su disciplina pero no es el adecuado.*
2. ***Estética:*** *La estética es un segundo patrón razonable de conocimiento en la Enfermería. El arte de la Enfermería es elaborado por un conocimiento que involucra la transformación activa del comportamiento del paciente en una percepción de que tan significativo es (el comportamiento)- esto es, (¿qué necesidad está siendo expresada por ese comportamiento?).*
3. ***El Conocimiento Personal:*** *La perspectiva de la Enfermería necesita reconocer la importancia personal, esto es – el conocimiento del ser como un concepto ontológico viable -. Porque mucho de la Enfermería es hecho en interacción, en relaciones recíprocas de los seres – enfermería y paciente -. Cada uno es reconocido como un sistema integral, luchando por convertirse en ese sistema.*
4. ***Ética:*** *Esta ve los problemas desde una perspectiva de la Enfermería que requiere el conocimiento de los valores y las elecciones morales. La ética influye en los objetivos establecidos por la Enfermería: valores, estética, apreciación de los individuos y el conocimiento personal; lo cual afectará los métodos que las enfermeras (os) usan para resolver los problemas empíricos.” (Carper, 1978: 17)*

Al estudiar todo este proceso del conocimiento es nuestra meta analizar el conocimiento personal que la(el) Enfermera(o) tiene sobre el proceso de consentimiento informado y crear una atmósfera en la que ocurra el crecimiento profesional.

La información que la(el) Enfermera(o) procesa con respecto al proceso de consentimiento informado se observará a través de sus actos. Debe tener presente que el consentimiento informado involucra tanto al paciente como a la familia. Por ejemplo: en niños(as) es el familiar directo quien debe recibir y dar el consentimiento, al igual que en un paciente críticamente enfermo. El firmar no supone renuncia alguna a ninguno de los derechos del(a) paciente.

La información constituye un elemento imprescindible en la relación paciente-Enfermera(o), por lo que la práctica de la información, aparte de garantizar un consentimiento válido permite la discriminación de reclamaciones, por mala praxis ante la aparición de complicaciones en los tratamientos facultativos.

No se debe olvidar la información como elemento terapéutico, debe partirse de una premisa, quizás fácil de comprender pero en ocasiones difícil de asumir:

*“La necesidad de ayuda que tiene el enfermo es incuestionable. Uno de los pilares fundamentales dentro del concepto “ayuda” es la comunicación entre el enfermo y el profesional de salud. La información debemos de entenderla como un proceso evolutivo, en ningún momento como un hecho aislado y puntual y que finaliza con el tratamiento.”  
(Osuma, 2000: 61)*

La información es un derecho legalmente establecido y se le debe proporcionar de forma clara, en términos comprensibles al paciente y a los familiares, y debe ser completa, continua, verbal y escrita.

La Enfermera como integrante del equipo de salud utiliza sus conocimientos dentro de un marco legal y ético que le permite ejercer la profesión. Es así por lo que al aplicar sus conocimientos debe cuestionarse: ¿para qué informamos?, ¿qué información proporcionar?, ¿cómo se debe dar la información?, ¿quién informa?, ¿a quién se le debe dar información? y ¿dónde se debe dar la información?.

Luna Maldonado hace referencia a estos aspectos de la siguiente forma:

### *“¿Para qué informamos?”*

*Las finalidades son:*

- ◆ *El paciente tiene acceso a todos los datos sobre sí mismo, sobre su propia persona.*
- ◆ *La información es requisito fundamental para poder otorgar un consentimiento adecuado a los requerimientos éticos y legales.*
- ◆ *La información es necesaria para conseguir la colaboración y participación activa del paciente en su tratamiento.*
- ◆ *Al informar al paciente, se adquiere confianza y cooperación para cualquier procedimiento que se le solicite.*

### *¿Qué información proporcionar?*

*Se debe proporcionar información adecuada a los fines de la misma, ha de ser clara, comprensible, leal y completa, debe adaptarse al nivel científico y de comprensión del paciente.*

*La información ha de ser suficiente y clara, y debe ser un elemento más que defina la calidad de atención.*

### *¿Cómo se debe dar la información?*

*Debe ser oral y escrita, buscando la eficacia de la información con base en objetivos previos en un lenguaje claro y adaptado a las personas. Debe informarse solo lo de interés y no lo irrelevante.” (Luna, 1999: 92-95)*

Además Verdú menciona que la información que se brinde debe tener las siguientes características:

- “
- ◆ *Será habitualmente verbal y constará por escrito en aquellos actos, diagnósticos y terapéuticos que conlleven un riesgo considerable para el o la paciente.*
  - ◆ *Comprensible, continuada, razonable y suficiente.*
  - ◆ *Facilitada con antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.*
  - ◆ *Ser objetiva, específica y adecuada al procedimiento, evitando aspectos alarmistas que puedan incidir negativamente en el paciente.*
  - ◆ *Debe incluir identificación y descripción del procedimiento.*
  - ◆ *Beneficios que se espera alcanzar.*
  - ◆ *Alternativas del procedimiento y su objetivo.*
  - ◆ *Consecuencias previsibles de su realización.*
  - ◆ *Consecuencias de la no realización del procedimiento.*
  - ◆ *Riesgos frecuentes y poco frecuentes cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento.*
  - ◆ *Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.*
  - ◆ *Cualquier otra información que se considere relevante.” (Verdú, s/f: 4)*

Si no es posible dar información en un momento determinado debe constatarse en la historia clínica, haciendo referencia de las circunstancias por las que no se brindó.

La formulación de la información escrita debe ofrecer una garantía adicional al derecho de participar los pacientes en la toma de decisiones, asegurar que el o ella dispone de la información necesaria y documentar que se ha producido de consentimiento informado, para ofrecer con ello una cierta protección a los profesionales frente a las posibles denuncias por falta de información, pero esencialmente a las personas que requieren de la atención.

Otros cuestionamientos necesarios para la obtención del Consentimiento informado, según lo menciona el Departamento de Salud en España son:

***“¿Quién informa?”***

*Como principio general la obligación corresponde al médico, sin embargo, este principio tropieza con el actual ejercicio de la medicina, que se encomienda a otros profesionales como es Enfermería, que ha tomado el liderazgo y la responsabilidad dentro de su quehacer sin tener conciencia real del significado.*

*En lo que se refiere a los familiares se debe tener presente, qué informar al familiar más allegado.*

***¿Hasta dónde se debe informar?”***

*La información que debe darse será la más completa y continua posible. En términos generales se deberá valorar el momento en que se está dando la información.*

*El profesional de salud que va a informar deberá recurrir a su habilidad y a su buen juicio, valorando la estrategia a*

*seguir para facilitar una información que sea comprensible y soportable por el paciente y familia, transmitiéndosela en forma gradual y con tacto.*

***¿Dónde debe proporcionarse la información?***

*Los profesionales de salud deben considerar el lugar más oportuno para facilitar la información: la habitación del paciente, la consulta, una oficina, etc, según el momento o fase del procedimiento. El lugar siempre deberá ser apropiado para preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información". (Departamento de Salud de España, s/f:1).*

**¿ES OBLIGATORIA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO?**

La respuesta positiva a este cuestionamiento se apoya en el artículo 22 de la Ley General de Salud, del artículo 310 del Reglamento General de Hospitales y del artículo 21 del Código de Ética Médica.

Retomando el ¿quién informa?, es el profesional de Enfermería el que ha tomado el liderazgo y la responsabilidad dentro de su perfil, para así ejercerlo.

Se plantea este marco de referencia como reto para adquirir el conocimiento, hacer conciencia y poder discrepar entre lo que debe ser (legal) y lo indebido (ilegal).

**2.4 APLICACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL EJERCICIO DIARIO DE LA PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Los cuidados de Enfermería deben ir relacionados con la evolución de la sociedad, por lo que los profesionales de esta área deben tener presente los nuevos retos y exigencias que se plantean a su alrededor, para tomar medidas oportunas y adaptar los cuidados a las necesidades actuales.

Esta práctica de Enfermería basada en conocimientos propios y de otros, para la promoción de la calidad de vida de las personas desde su propia realidad, con conocimientos de carácter científico, interdisciplinario y ético debe reconocer la relación entre el concepto de consentimiento informado y su aplicación.

En el artículo de Palmes Quevedo se menciona que existen varias tendencias sobre el rol del profesional de Enfermería:

- ◆ “Una de ellas menciona al Consentimiento informado como un intercambio entre médico-paciente, la responsabilidad del profesional de Enfermería es ser testigo en el consentimiento del cliente, es decir:
  - ◆ Testimoniar el intercambio entre el cliente y el médico.
  - ◆ Verificar la firma del cliente.
- ◆ Establecer que el cliente realmente ha comprendido, es decir, está totalmente informado.

Si el profesional de Enfermería comprueba solo la firma del cliente y no el intercambio entre este y el médico, debe manifestar que ha estado presente solo en la firma, en el momento de registrar el acuerdo.

Si el profesional de Enfermería cree que el o la paciente no comprende las explicaciones del médico, es importante que este sea informado de este hecho.

- ◆ Existe una tendencia donde la responsabilidad específica del profesional de

Enfermería es explicar al paciente la atención de Enfermería que va a recibir, incluyendo información acerca de la indicación de esta actuación y del modo en que esta se va a realizar.

- ◆ Otra tendencia sostiene que la responsabilidad del profesional de Enfermería en el consentimiento informado, es la participación conjunta de médicos(as) y enfermeras(os) en todo el proceso de obtención del consentimiento informado. Dicha tendencia está en la línea de trabajo de equipos interdisciplinarios, para realizar una atención y cuidados integrales.

De acuerdo con esta perspectiva, las funciones de la Enfermería podrían ser:

- ◆ Colaborar con la valoración del grado de libertad con la que el paciente otorga un consentimiento.
- ◆ Colaborar en la valoración de la influencia de familiares y allegados en el consentimiento del paciente, tanto a favor como en contra del mismo.
- ◆ Colaborar en la valoración de la capacidad del paciente para tomar decisiones acerca de los procedimientos que le plantean.
- ◆ Colaborar en la valoración de la cantidad y calidad de información que el paciente ha recibido del médico (y en menor medida de otros profesionales de salud), comprobando, tanto si han existido deficiencias en la información como falta de comprensión por parte del paciente.
- ◆ Valorar el impacto emocional ocasionado por la información, tanto en el paciente como en sus familiares y allegados.

- ◆ Colaborar en la determinación del grado de validez y autenticidad de un consentimiento, mediante el conocimiento de los valores del(a) paciente y la observación y valoración de sus actitudes a lo largo de su estancia hospitalaria”. (Quevedo, 1997: 3-5).

De acuerdo con lo anterior cabe enunciar tres grandes propósitos en el quehacer del profesional de Enfermería en su relación con el paciente como sujeto activo:

- ◆ “Ayudar al individuo a encontrar el sentido específico de su comportamiento, identificando los elementos que le inducen ansiedad.
- ◆ Ayudar al individuo a analizar su ansiedad, con la finalidad de descubrir el tipo de ayuda que precisa.
- ◆ Ayudar al individuo a estar en las condiciones óptimas para poder recibir y comprender la información que le posibilite el consentimiento informado”. (Quevedo, 1997: 5).

Por lo mencionado anteriormente, se considera de vital importancia la aplicación de este proceso en la práctica diaria.

El Consentimiento informado como expresión de un derecho humano, también debe ser divulgado e informado, o sea cualquier(a) trabajador(a) de la salud tiene derecho a informarse acerca de los lineamientos con que cuenta su centro o lugar de trabajo, con respecto al consentimiento informado.

Retomando el quehacer del profesional en el proceso del consentimiento informado, este al ejercer su profesión en la práctica diaria, hace valoraciones de sus pacientes, diagnosticando estado de ansiedad relacionado con el déficit de conocimiento de su patología o nombre de su enfermedad, entre otras actividades y está consciente de la situación. Sin embargo, no lo aplica en el plan de atención de Enfermería, a pesar de que la información es tomada en cuenta como diagnóstico por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.). Estos diagnósticos son la base fundamental en la aplicación del proceso de Enfermería y son eje normativo en la institución.

Es así como Enfermería podría asumir con autonomía su rol como educadora de la persona usuaria de la atención, no solo en el marco ético sino también en la corresponsabilidad de un nuevo modelo más amplio y complejo, el de la integralidad.

Por su cercanía y continuidad de contacto físico y psíquico con el usuario(a), el profesional de Enfermería verifica la información dada por el médico, y de acuerdo con su valoración ayuda a decodificarla favoreciendo el punto de acuerdo entre el bien clínico o terapéutico y el bien como lo percibe el paciente.

*“El acto de cuidar establece un diálogo con la persona a su cargo. Su competencia, destrezas, arte y prudencia en armonía con su formación en las ciencias de la comunicación, le permitirá interpretar el lenguaje oral y gestual de este. Sus palabras y sus silencios le dirán del deseo a ser informado o de su temor a preguntar lo que no entiende de la “jerga” médica “. (Mendoza, 1999: 3).*

El profesional de Enfermería, en su quehacer, podrá crear un ambiente

terapéutico, donde el paciente se sienta cómodo, seguro física y psicológicamente para informarlo, respetando sus derechos y manteniendo el secreto médico como integrante del equipo de salud.

*“Será necesario que el profesional de Enfermería que asuma la corresponsabilidad en la información tenga un alto nivel de conocimiento sobre los derechos del paciente, que le permita actuar con juicio crítico. Debe basarse en un proceso de Enfermería enmarcado en un modelo conceptual que defina claramente sus acciones independientes”. (Mendoza, 1999: 4).*

Según Virginia Henderson se debe planificar interdisciplinariamente, con el fin de determinar el estado de salud-enfermedad del paciente en el continuo de sus actividades vitales.

*“Debe tener conocimientos clínicos de Enfermería que le permitan una perspectiva clara, coherente y de ayuda, debe conocer el arte de la comunicación afectiva y saber reconocer las limitaciones de su competencia.*

*Debe contextualizar a la persona en el medio en que vive y planear con el interesado sus necesidades implícitas y explícitas de información. Estimular el autocuidado a partir de la información brindada, evitando crear situaciones de mayor ansiedad y dependencia.*

*Ayudar al paciente a desmitificar la creencia que la solución a sus problemas de salud le será dado, así mismo ayudar a construir posibles soluciones de vida saludable a partir del proceso de construcción del conocimiento. Su rol educativo debe tener permanencia y presencia”. (Mendoza, 1999: 5-6).*

La razón de ser de Enfermería es la facilitación de la atención a las personas en cualquier etapa del proceso de salud-enfermedad. La Enfermería asume el compromiso de cuidar, ayudar a mantener la salud, a promover la calidad de vida, a prevenir las enfermedades y a ayudar a las personas a vivir con

limitaciones en las mejores condiciones salvaguardando su dignidad y de brindar, además, soporte individual en el momento de la muerte.

Este grupo tiene el compromiso con la sociedad de ejercer la profesión con calidad humana, científica y ética. Este compromiso les exige capacitación permanente, sensibilidad ética y capacidad de razonamiento moral para la toma de decisiones en su desempeño.

Actualmente, la Enfermería asume roles complejos en el campo clínico y en el ambiente social, en los cuales se hace más evidente la dimensión ética de la práctica de Enfermería.

Cabe mencionar que los principios éticos en las ciencias de la salud son similares, sin embargo, discrepan en cada grupo profesional, por lo tanto el profesional de Enfermería no se excluye en la toma de decisiones multidisciplinarias en problemas de bioética.

Tienen una relación privilegiada con el paciente, familia y comunidad. Como miembro de una profesión de la salud adquiere compromiso con la sociedad, lo que significa responder por los deberes morales de capacitación permanente, disciplina, acción y servicio para mantener la integridad de las personas, y en la toma de decisiones necesarias como la mejor opción para las personas o grupos a quien presta sus servicios.

Para que la persona tome una decisión es requisito indispensable que actúe de forma autónoma y competente, aunque existen circunstancias que impiden que este(a) sea competente para actuar autónomamente.

## **2.5 VÍNCULO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CON LOS PLANTEAMIENTOS DEL MODELO READECUADO DE SALUD**

El cambio de cultura legal en la relación equipo de salud-paciente, evidenciado en la afirmación del principio de autonomía de la persona, supone dejar al margen una relación caracterizada por un sentido paternalista y regida por el principio de beneficencia, para llegar a una nueva situación acorde con los tiempos, en la que la persona y sus derechos se configuren como protagonistas.

Al tomarse en cuenta la autonomía del individuo, deja de ser sujeto pasivo y pasa a ser sujeto activo, ya que toma decisiones de acuerdo con sus valores y convicciones.

Evidentemente, el individuo debe ser considerado “competente” para poder ejercer el derecho a recibir la información y, en consecuencia, adoptar una respuesta.

*“La competencia se podría definir como la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con sus propias escala de valores”. (Quevedo, 1997: 2).*

Retomando la autonomía de la persona con respecto a su integridad y a los derechos del paciente, el profesional de Enfermería debe asumir un papel protagónico ante los planteamientos del nuevo modelo de atención, en los que, las personas y grupos sociales, no deben considerarse como sujetos pasivos de cuidados, sino como sujetos activos con capacidades de autodeterminación, en la que el individuo acepte o rechace los cuidados a tratamientos, con la implementación adecuada del proceso de consentimiento informado.

Como parte del proceso de modernización se tiene que:

*“La readecuación del modelo de atención, con el fin de superar el enfoque tradicional con énfasis en lo curativo, la atención masificada y discontinua con miras a trabajar bajo un modelo con un enfoque integral, que incorpore elementos biológicos, psicológicos y sociales, que considere además al individuo, a la familia y a la comunidad”. (C.C.S.S Plan Estratégico 2000: 54).*

Ante los procesos de reforma, las necesidades de la población emergen preponderantemente ante cualquier alternativa, lo que obliga a una activa participación de los(as) usuarios(as) y las comunidades, lo que permite la formación de individuos informados y con capacidad de autodeterminación.

La Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de mantener informados a los individuos, menciona en su plan estratégico corporativo *“facultar mediante la educación al cliente en el ejercicio de sus derechos y deberes”*. (C.C.S.S Plan Estratégico 2000: 35).

Ante el nuevo modelo de salud, se identifica al Consentimiento informado

como punto estratégico para el desarrollo pleno de las personas, sin olvidar los derechos humanos, ya que *“no es posible aspirar al éxito de las reformas cuando estas se emprenden sin tener en cuenta a los ciudadanos”*. (Vergara, 2001: 1).

Como consecuencia, Enfermería está comprometida con estos cambios donde el(la) usuario(a) es su objetivo principal y en su compromiso con la población asume estos retos.

# CAPÍTULO III

# DISEÑO METODOLÓGICO

### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación es un estudio de caso, el cual es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para comprender su actividad en circunstancias importantes.

El cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización, así como la unicidad que implica el conocimiento para su comprensión.

La situación por analizar es el conocimiento sobre el consentimiento informado con respecto a los profesionales de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva. Es de tipo descriptivo porque se basa en la descripción de un fenómeno.

Según su carácter es cualitativa, ya que estudia los significados de las acciones humanas y de la vida social. Su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento.

### **3.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El Hospital México ubicado a 6 Km de la parte central de la ciudad de San José, distrito de La Uruca, cubre un área física 91.461 m<sup>2</sup>. El edificio vertical tiene siete pisos de hospitalización que abarca un área de construcción aproximada de 40.000 m<sup>2</sup>. Posee además una planta baja y un sótano donde se encuentran instalados los servicios médicos administrativos y de apoyo.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social se abocó, en el año 1952, al planeamiento de la construcción del nuevo hospital, el cual se inició en 1963; y el primero de septiembre de 1969, se inaugura el Hospital México cuya filosofía se basa en los postulados de seguridad social y en las cinco funciones de: prevención, curación o reparación, rehabilitación, educación e investigación.

La Unidad de Terapia Intensiva, que es el área de estudio, se encuentra ubicada en el segundo piso, ala izquierda del Hospital México, cuenta con 12 camas para atender a pacientes críticamente enfermos procedentes de todas las áreas y especialidades del hospital. Se ubican cuatro pacientes por cada cubículo. Para cada cama se dispone de un monitor de presión arterial, un monitor cardíaco, un saturador de oxígeno, además de un toma para oxígeno, aire y el respectivo mobiliario. Cada cubículo cuenta con adecuada iluminación y ventilación.

La estación de Enfermería se localiza al lado izquierdo de la entrada principal, luego de esta se encuentra el comedor para los usuarios internos, seguido por una bodega de material y equipos específicos del servicio. Al final se localizan las oficinas de las jefaturas de la unidad.

La **filosofía** de este servicio es la siguiente *“considera al individuo críticamente enfermo, con posibilidades de recuperación como un ser humano que amerita atención integral, que debe ser suministrada en el momento oportuno y en forma precisa”*. (C.C.S.S Plan Operativo, 2001).

La atención de Enfermería se fundamenta en los avances científicos y tecnológicos que aseguran un cuidado eficiente, oportuno y humano para el(a) usuario(a) y su familia.

Proporciona educación permanente para que el personal desempeñe sus funciones al máximo de sus capacidades de acuerdo con su perfil educativo y laboral, nivel de entrenamiento y habilidades.

La **misión** del servicio de Terapia Intensiva,

*“es brindar al cliente críticamente enfermo una atención de calidad con todos los recursos físicos, materiales y humanos, acorde con las exigencias científicas y humanas de este tipo de enfermo. A los colaboradores del servicio brindarles un medio lo más óptimo posible para el desempeño de tan grandiosa labor. Se practicará la utilización maximizada de los recursos disponibles, para mantener una productividad mayor, que beneficie tanto al usuario como a la institución”. (C.C.S.S Plan Operativo, 2001).*

La **visión** es

*“lograr un servicio de Terapia Intensiva altamente científico, tecnificado y humano que brinde al usuario un medio óptimo y actualizado para la recuperación de la salud, y a sus colaboradores un ambiente de trabajo acorde a sus expectativas, donde la satisfacción de ambos interactúen para el logro de las metas de una medicina cada vez más humana y de calidad” (C.C.S.S Plan Operativo, 2001).*

En esta unidad se desempeña el siguiente personal: 5 médicos asistentes diurnos y 4 vespertinos, 3 médicos residentes, 37 profesionales de Enfermería, 17 auxiliares de Enfermería y 17 asistentes de paciente.

### **3.3 PARTICIPANTES**

Para la siguiente investigación se trabajó con 32 profesionales de Enfermería del Área de Cuidados Intensivos. Estos son los sujetos de análisis, ya que atienden a la persona críticamente enferma, responsables de brindar información a este y familia.

En la ejecución de esta investigación se tomó en cuenta a los profesionales que se encuentran laborando en los tres diferentes turnos (mañana, tarde y noche).

Además, se incluyó personal de jefaturas de la institución, para ello se realizó entrevistas a informantes claves que fueron un total de once: directora, subdirectoras clínicas, subdirectora de educación, jefes de área, supervisoras, enfermeras a cargo de programas especiales y representante del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

La unidad de análisis es el consentimiento informado que se identificó en el expediente clínico.

### **3.4 MOMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.4.1 PRIMER MOMENTO: PREPARATORIO**

##### **3.4.1.1 FASE REFLEXIVA**

Al iniciar esta investigación se establece, en primer instancia, el estudio reflexivo sobre aspectos que han influido notablemente en el desarrollo del proceso de consentimiento informado en Enfermería.

El consentimiento informado surge urgentemente como un proceso que ratifique los principios éticos en la atención de salud, se desarrolla en sus diferentes niveles y áreas. Por lo tanto, la Enfermería cuidadosa de la calidad de atención y en la cual se fortalece el tener en cuenta a la persona como sujeto activo en la toma de decisiones, sobre el cuidado de su salud, conlleva a profundizar y luchar porque el consentimiento informado sea una realidad.

Además, la Enfermería en su evolución histórica ha tenido que realizar innumerables cambios y ajustes en la apropiación de la ética, en la calidad de los cuidados que brinda, mediante la utilización de un bagaje de conocimientos de la medicina moderna, así como la aplicación de procedimientos complejos e invasivos y una gerencia de la atención de salud.

Los nuevos tiempos promueven en la profesión, su inserción en el trabajo en equipo interdisciplinario, por lo que la Enfermería pasa a un modelo de transformación, en el cual la ética, la ciencia y la solidaridad se conjuntan en el proceso de la atención de salud y el de tomar nuevas posiciones.

Un reto de los profesionales de Enfermería es que deben incluir en la visión un proceso permanente de actualización, así como asumir un desempeño a cabalidad que debe estar reflejándose en los diferentes perfiles.

En el consentimiento informado se requiere que se dé la comunicación como proceso social, en forma bilateral, entre el equipo de salud, entre este y el paciente, entre el paciente y familia y viceversa.

Esta comunicación debe ser fluida, afable, respetuosa, comprensiva y de negociación.

Esta reflexión implica el análisis del manejo de poder, destacándose un poder patriarcal, autoritario que conduce a un enmascarado y agresivo paternalismo que obliga a la existencia de un subordinado y una persona que conduce y domina comportamientos.

Por lo tanto, se concurre a una develación interna de nuestra actualización y el modelo de Enfermería emergente.

Es de especial interés introducir al profesional de Enfermería en la reflexión, conocimiento y reconocimiento de esa cultura de la ética que marca un rumbo humanista en la atención de Enfermería.

En la búsqueda de cómo se debe enfocarlo, se realizó un análisis de la situación de la aplicación del proceso de consentimiento informado por las(os) profesionales de Enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital México, en el primer trimestre del año 2002.

En algunas consultas realizadas a este grupo de profesionales, se detectó la actitud de no hacer un abordaje de esta práctica, relacionada con el miedo inminente de las denuncias u omisión de la capacidad de estos(as) pacientes y de construir un juicio crítico sobre su cuidado. A su vez, se recuerda que el cuidado efectivo resulta de la interacción y reconocimiento del saber del equipo de salud y del saber del(a) paciente y su familia.

Este reconocimiento requiere para su aplicación un cambio conductual.

#### **3.4.1.2 FASE DE DISEÑO**

Después de una reflexión coloquial, se revisó el objeto de estudio de esta investigación, por lo que se optó por un diseño cualitativo, ya que la naturaleza de este estudio lleva a una comprensión mediante la experiencia, así como conocer las complejas relaciones entre todo lo que existe alrededor del consentimiento informado.

Se agrega la interpretación de los hechos que permite ilustrar, en forma abierta, la descripción de múltiples realidades que giran alrededor de este proceso, y además, se pretende desarrollar una epistemología que sea de tipo existencial y constructivista.

Se utilizó el estudio de casos para la comprensión de la unicidad, en el sentido de que las personas próximas al caso lo entiendan en muchos sentidos, así como la oportunidad de que se den relatos de explicaciones y experiencias.

El diseño de este estudio conlleva a la:

- ◆ **Selección del caso:** se seleccionó a un grupo de Enfermeras (os) profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta selección de caso es de carácter intrínseco, ya que interesa comprender la forma en que este grupo de Enfermeras (os) aplican el proceso de consentimiento informado y de qué forma se afecta la atención de Enfermería. A su vez, interesa la participación de las (os) pacientes en el desarrollo del cuidado de su salud.

Fue un grupo preseleccionado, se encontraron elementos positivos de pertenencia al servicio y se gozó de buena acogida.

- ◆ **Formulación de las preguntas de investigación:** se plantearon preguntas generales que se debieron responder a lo largo de la investigación y preguntas temáticas relacionadas con los temas de:
  - Conocimiento del consentimiento informado.
  - Aplicación del proceso de consentimiento informado en el ejercicio diario.

A continuación, se presentan las interrogantes que son básicas en este estudio:

¿Qué conocen los profesionales de Enfermería del consentimiento informado?, ¿qué normativas deben incluirse en la aplicación del consentimiento informado?, ¿afecta a los pacientes el hecho de que las Enfermeras(os) desconozcan el proceso de consentimiento informado?, ¿participan todos los profesionales de Enfermería en el proceso de consentimiento informado?, ¿qué efectividad tiene el conocer el proceso de consentimiento informado?, ¿el consentimiento informado es un proceso que se utiliza para liberar al hospital y al

personal de demandas?, ¿están tomando en cuenta los profesionales de Enfermería el proceso de consentimiento informado en la notas, en los planes de atención?, ¿por qué la Enfermera(o) debe dar información al paciente a su cuidado?, ¿cuándo puede dar información?, ¿qué tipo de información debe dar?, ¿conocen los profesionales de Enfermería los riesgos de asistir a una firma de consentimiento informado?, ¿el Consentimiento informado debe ser escrito o verbal?

Ante estos cuestionamientos surge la preocupación por buscar los aspectos éticos y de conocimiento sobre el consentimiento informado y la congruencia de la práctica diaria de Enfermería, así como la develación de mitos, estereotipos y creencias que este profesional manifiesta al aplicar el consentimiento informado.

- ◆ **Recolección de los datos:** además de las actividades anteriores, para la recolección de datos se identificaron grupos de apoyo como informantes claves, Enfermeras(os) de los servicios de medicina y cirugía, se clasificaron las fuentes de datos, la distribución del tiempo, asignación del gasto y la propuesta de redacción del informe previsto.

### 3.4.2 TRABAJO DE CAMPO

#### 3.4.2.1 SER PARTE DEL CAMPO

Este sitio se seleccionó ya que es el lugar donde las investigadoras han laborado desde el inicio de la profesión, un promedio de 21 años. Por ello, se ha detectado la necesidad de discutir sobre el proceso de consentimiento informado

dado que es un grupo tan especializado de profesionales en Enfermería, los cuales son responsables de la atención directa a los(as) usuarios(as) en estado crítico.

#### **3.4.2.2 COORDINACIONES**

Para la utilización de este campo clínico fue necesario realizar coordinaciones con la Dirección Médica y Dirección de Enfermería, con autorización del Comité Ético Científico y con la Jefatura respectiva de Terapia Intensiva. (Anexo 1)

#### **3.4.2.3 FUENTES DE INVESTIGACIÓN**

Para el desarrollo de este estudio se utilizaron las siguientes fuentes de información:

##### **FUENTES PRIMARIAS**

Revisión de libros, antologías, tesis, actas médicas, testimonio de expertos (especialistas en investigación, médicos, trabajador social, expertos del Comité de Bioética del CENDEISS). En general, artículos relativos al Consentimiento informado, a través de encuestas, entrevistas, observación no participante a profesionales de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.

##### **FUENTES SECUNDARIAS**

Se apoya en artículos de organismos internacionales consultados en Internet, libros y documentos con artículos relevantes sobre consentimiento informado, resúmenes obtenidos en diferentes centros de documentación.

### 3.4.2.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la investigación se utilizan los siguientes métodos e instrumentos de recolección de datos:

- ◆ **Análisis bibliográfico:** es la revisión y selección de la literatura idónea para realizar investigación.
- ◆ **Análisis de contenido de documentos:** son técnicas cualitativas que permiten revisar los informes científicos mundiales relacionados con la investigación en mención.
- ◆ **Análisis de expedientes clínicos:** la historia clínica es el conjunto de documentos en los que se contienen los datos, las valoraciones y las informaciones de cualquier tipo sobre la situación y la evolución clínica de los pacientes a lo largo de su proceso asistencial.  
Esta técnica fue aplicada por las investigadoras. (Anexo 2)
- ◆ **Entrevistas:** es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Se realizaron entrevistas a informantes claves.
- ◆ **Entrevistas a informantes claves:** consiste en discutir determinado tema a profundidad con un grupo de personas, ya sea en forma individual o colectiva, con la finalidad de obtener datos sobre la cuestión en estudio, así como sus opiniones y perspectivas al respecto.

Este instrumento se aplicó a jefaturas médicas y de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, a la Directora y Subdirectora Clínica del Hospital México, y a un representante del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. .(Anexo 3)

- ◆ **Encuestas:** consiste en obtener información de los sujetos de estudio proporcionados por ellos mismos sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay dos tipos de encuesta: las que se aplican oralmente llamadas entrevistas y las que se aplican en forma escrita que se denomina cuestionarios, en estos últimos las respuestas se realizan por escrito y no se requiere de la presencia del(a) entrevistador(a).

Para efectos de esta investigación se realizó un cuestionario y se fiscalizó la provisión de la información por si los encuestados requerían direccionalidad.

Esta técnica se utilizó con los profesionales de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva. (Anexo 4)

- ◆ **Observación no participante:** es un proceso sistemático por el que un especialista recoge por sí mismo información relacionada con ciertos problemas. Al no involucrarse el investigador, los datos recopilados pueden ser más objetivos.

Este procedimiento fue realizado por una Enfermera del área de medicina y otra del área de cirugía. (Anexo 5)

### 3.4.3 FASE ANALÍTICA

Para el análisis de los datos se categorizan aspectos del conocimiento de Enfermería sobre el proceso de consentimiento informado de la siguiente forma:

- a) **Conocimiento vulgar e intuitivo:** con su respectiva clasificación, es obtenido de otras personas, de tradición oral, de rutina del servicio.
- b) **Conocimiento científico:** este se logra en formación académica, de educación continua y documental.

En cuanto a la aplicación del proceso de consentimiento informado en el ejercicio profesional, se categorizan basándose en el significado y los valores del conocimiento en Enfermería de la siguiente forma:

- a) Reconocimiento de las relaciones teóricas entre el concepto propio y la enfermedad, o sea el método utilizado por Enfermería: clínico, conceptual, empírico.
- b) La práctica de Enfermería que se basa en: proceso de Enfermería, programación de Enfermería, planes de atención, notas de Enfermería.
- c) Establece una relación interactiva que se refiere al proceso de comunicación social, el cual se basa en: consejería individual, consejería colectiva y casos incidentales.

Además, se analizaron diferentes aspectos relacionados con lo teórico y el conocimiento de los participantes sobre el proceso de consentimiento informado, con sus respectivas convergencias, divergencias y contradicciones.

Las convergencias están relacionadas, o son las congruencias del sustento científico del proceso de consentimiento informado.

Las divergencias son todos los conceptos que no se relacionan con la realidad o lo teórico del proceso de consentimiento informado, y que a la vez son contradicciones y creencias erróneas que manifiestan los actores sobre el proceso del consentimiento informado.

Las contradicciones son aspectos que la población analizada afirma realizar, sin embargo, no se evidencia al realizar la revisión de expedientes (en la investigación).

# CAPÍTULO IV

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las personas participantes en la investigación están integradas por:

- Enfermeras(os), bachilleres y licenciadas(os) del servicio de terapia intensiva.
- *Informantes claves*: Edad entre 40 y 60 años. Ocupan puestos de jefaturas con cargos administrativos en diferentes áreas del hospital y con grado académico de licenciadas(os) y máster.
- *Observadoras*: Enfermeras licenciadas del Área de Cirugía y del Área de Medicina.

En lo concerniente al conocimiento sobre el proceso de consentimiento que tiene el personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México se observó:

### ENCUESTAS A ENFERMERAS(OS):

Según la encuesta aplicada a profesionales de Enfermería, se categorizaron los siguientes aspectos:

#### A) CONCEPTO SOBRE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### CONVERGENCIAS :

Es considerado como:

- ◆ Método utilizado para información.

- ◆ Exoneración al personal y a la institución.
- ◆ Proceso de educación que se brinda al paciente y la familia.
- ◆ Método de autorización por la familia.

#### **DIVERGENCIAS:**

- ◆ Es conceptualizado como método y no como proceso.
- ◆ Es considerado como un proceso legal.

Hubo tres personas que no contestaron.

En cuanto a la concepción del proceso de consentimiento informado, la convergencia está en las palabras: información, educación y participación de la familia.

Las divergencias existentes se basan en considerarlo como método y no un proceso.

## **B) FUNCIONES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CONVERGENCIAS:**

- ◆ Informar al usuario para orientar, guiar y proteger
- ◆ Educar al usuario.

#### **DIVERGENCIAS:**

Están orientadas a:

- ◆ Exonerar de culpa al personal y a la institución
- ◆ Requisitos para realizar procedimientos
- ◆ Es de uso médico.

Hubo cuatro personas que no contestaron y tres que refieren no saber.

La convergencia en las funciones está en las palabras de informar, orientar, guiar, proteger y educar al(a) usuario(a).

La divergencia existente se basa en considerar que es para exonerar de culpa al personal y a la institución que es requisito indispensable para realizar procedimientos, como uso exclusivo del médico y no considerarlo para promover la autonomía del individuo donde participa todo el equipo de salud.

### C) UTILIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### DIVERGENCIAS:

- ◆ No conocen ningún protocolo
- ◆ No existe ningún protocolo
- ◆ Se apoya en la nota que el médico hace como consentimiento informado
- ◆ Se apoya en la firma de exoneración institucional que se utiliza al ingreso del paciente.

Hubo una persona que no contestó.

No hay convergencias en la utilización de un protocolo de consentimiento informado, ya que no existe.

Las divergencias existentes se basan en considerar una nota médica como protocolo sobre el consentimiento informado y en la exoneración utilizada al ingreso del paciente.

## D) IMPORTANCIA DE UN PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONVERGENCIAS:

- ◆ Por los derechos del paciente
- ◆ Para estimular la responsabilidad del personal
- ◆ Apoyo al(a) usuario(a)
- ◆ Para establecer lineamientos
- ◆ Para que el paciente coopere.

### DIVERGENCIAS:

- ◆ Protección legal
- ◆ Formalizar la información
- ◆ Por empatía
- ◆ Los pacientes son cambiantes.

En este aspecto no contestaron dos personas.

En cuanto a la importancia de un protocolo de consentimiento informado, la congruencia está en los términos: por los derechos del paciente, en la responsabilidad del equipo de salud, para el establecimiento de lineamientos.

Las divergencias se basan en protección legal sin especificar para qué o quién, en no aclarar la palabra empatía y en considerar que los pacientes son cambiantes, sin aclarar cuál es la relación de estas con la importancia de un protocolo de consentimiento informado.

## E) APLICACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

### CONVERGENCIAS:

- ◆ Anota toda la información brindada al paciente.

### DIVERGENCIAS:

- ◆ Como respaldo a la opinión de la nota médica.
- ◆ Solo lo anota cuando no existe consentimiento informado por el médico.
- ◆ No lo anota.
- ◆ Solo chequea en la fórmula preoperatoria
- ◆ Solamente anota rutina de servicio
- ◆ Lo realiza verbalmente.

Hubo tres personas que no contestaron, dos no saben, dos contestan que no lo aplican.

Las convergencias están en la anotación de la información brindada al paciente, que realizaron diez enfermeras(os) encuestados(as).

Las divergencias existentes se basan en considerar la aplicación como respaldo de la nota médica, en anotarlo únicamente cuando no existe consentimiento informado por el médico, en no anotar, en chequear en una fórmula preoperatoria y no aclarar cuál es la relación con el proceso de consentimiento informado, el anotar solamente lo de rutina del servicio sin indicar

si es parte de procedimientos realizados al(a) usuario(a) y hacerlo en forma verbal sin anotar.

## F) FORMAS DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONVERGENCIAS:

- ◆ Escrito
- ◆ Verbal y escrito
- ◆ Verbal

### DIVERGENCIAS:

- ◆ Verbal con mínima información
- ◆ No aclarar el concepto de mínima información

No contesta una persona y no saben seis personas.

Las convergencias en cuanto a la conceptualización de las formas de obtener el consentimiento informado están en las palabras verbal y escrito.

Las divergencias se basan en considerarlo verbal con mínima información, lo que no completa los requisitos mínimos de obtener el consentimiento informado y al no aclarar el porqué un mínimo de información.

## G) FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONVERGENCIAS:

- ◆ Adquieren el conocimiento por formación académica.
- ◆ Desarrollo personal a través del ejercicio diario.
- ◆ Por tradición oral.
- ◆ Por capacitación continua.
- ◆ Por educación documental o bibliográfica.
- ◆ Por rutina del hospital.
- ◆ Por formación docente.

### DIVERGENCIAS:

- ◆ Obtener el conocimiento al escuchar demandas por mala praxis.

Doce personas que no contestaron.

En cuanto a la obtención del conocimiento sobre el proceso de consentimiento informado la convergencia está en:

- ◆ Conocimiento obtenido de otras personas.
- ◆ Tradición oral.
- ◆ Formación académica.
- ◆ Educación continua y documental.

Las divergencias existentes se basaron en obtener el conocimiento al escuchar demandas por mala praxis y relacionarlo con el proceso de

consentimiento informado.

## H) OPINIÓN SOBRE LA PERSONA IDEAL PARA BRINDAR INFORMACIÓN

### CONVERGENCIAS:

- ◆ Médicos(as).
- ◆ Enfermeras(os).
- ◆ Otros(as) del equipo interdisciplinario.
- ◆ Enfermera(o) fiscalizadora.
- ◆ Enfermera(o) por su relación cercana con las personas que atiende.

### DIVERGENCIAS

- ◆ Con la ayuda del manual.

Tres enfermeras(os) no saben.

La convergencia se presenta en que la persona ideal para brindar información son las enfermeras(os) y los médicos.

La divergencia existente está en depender de un manual para brindar información.

## I) ASPECTOS POR INFORMAR AL PACIENTE Y FAMILIA

### CONVERGENCIAS:

- ◆ Completa sin reservas .
- ◆ Sobre complicaciones.

- ◆ Ventajas y desventajas de tratamientos.
- ◆ Evaluación pronóstico.
- ◆ Información sin tecnicismos.

#### **DIVERGENCIAS:**

- ◆ No hay

Tres personas no saben.

En cuanto a las convergencias están en las palabras “completa”, sobre complicaciones, beneficios y riesgos e información sin tecnicismos.

No existen divergencias en los aspectos por informar.

#### **J) LUGAR IDEAL PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA.**

##### **CONVERGENCIAS:**

- ◆ Sitio aparte.
- ◆ En una oficina adecuada.
- ◆ En la habitación al paciente.
- ◆ En la consulta y antes de cualquier procedimiento.
- ◆ En la sala de espera confidencialmente.

##### **DIVERGENCIAS:**

- ◆ A la familia en el pasillo.
- ◆ En cualquier lugar.

Hubo una persona que no informó.

En cuanto al lugar ideal para proporcionar información al paciente y familia, las convergencias radican en que puede ser en un lugar que prevea condiciones físicas óptimas, con individualidad para cada paciente o familia.

La divergencia existente se basa en brindar información a la familia en un pasillo o en cualquier lugar, sin aclarar, si hay privacidad y confidencialidad.

En cuanto a las sugerencias dadas por las enfermeras(os) se tienen:

- ◆ Normativizar un protocolo de consentimiento informado, que sea utilizado de rutina en la Unidad de Terapia Intensiva.
- ◆ Establecer un lugar adecuado para la aplicación en la familia y pacientes.
- ◆ Que la(el) Enfermera(o) participe activamente en el proceso de consentimiento informado.
- ◆ Capacitación a las Enfermeras(os) en este proceso.
- ◆ Participación activa del equipo interdisciplinario.
- ◆ Capacitar al personal para evitar demandas.
- ◆ Que la(el) enfermera(o) tome el proceso de consentimiento informado como diagnóstico de Enfermería.
- ◆ De las encuestadas, cinco personas no dieron sugerencias.

## ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES

Los resultados de las entrevistas aplicadas a los informantes claves son las siguientes:

## **A) CONCEPTO SOBRE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONVERGENCIAS:**

- ◆ Es una información sobre procedimiento.
- ◆ Es una retroalimentación al cliente de las actividades que se le van a hacer.
- ◆ Es un derecho del paciente.
- ◆ Documento legal.

### **DIVERGENCIAS:**

- ◆ Autorización solicitada a la familia.

En cuanto a la concepción de proceso de consentimiento informado, la convergencia radica en las palabras derecho del paciente, información y retroalimentación.

La divergencia está en tomarla como autorización solicitada a la familia.

## **B) FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

### **CONVERGENCIAS:**

- ◆ Formación académica.
- ◆ Desarrollo personal a través del ejercicio diario.
- ◆ Capacitación institucional.

En esta categoría la información recolectada es congruente con el marco conceptual, no existen divergencias.

### C) CONDICIONES PARA LA OBTENCIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

#### CONVERGENCIAS:

- ◆ Información confidencial e individual.
- ◆ Área exclusiva para brindar información confidencial.
- ◆ Que el paciente esté consciente, lúcido, en uso de todas sus facultades mentales.
- ◆ Lenguaje adecuado.

#### DIVERGENCIAS:

- ◆ Educación al personal.
- ◆ Establecer un horario.

Hubo tres personas que no informaron.

Las convergencias están en frases como información confidencial, que el paciente esté consciente, lúcido, en uso de todas sus facultades mentales y utilización de lenguaje adecuado.

La divergencia está en que no se especifica cuál es el objetivo de educar al personal. Además de establecer un horario, ya que la información o el proceso de consentimiento informado es continuo.

**D) DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.**

**DIVERGENCIAS:**

- ◆ No conocen ningún protocolo.
- ◆ No existen normas.
- ◆ No conocen ninguno en Unidad de Terapia Intensiva.
- ◆ Se apoya en hoja que sirven como documento legal para exonerar a la institución de demandas legales.
- ◆ Conocen únicamente el de investigación.

No existen convergencias y las divergencias consisten en ausencia de protocolos en el servicio de Terapia Intensiva.

**E) IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

**CONVERGENCIAS:**

- ◆ La enfermera como educadora.
- ◆ Para informar.
- ◆ Por políticas del hospital.
- ◆ Como rutina del servicio.
- ◆ Para estimular la responsabilidad del personal.
- ◆ Enfermeras(os) capacitados(as) para brindar información.

**DIVERGENCIAS:**

- ◆ Para proteger de demandas a la Institución.
- ◆ Porque los pacientes son personas cambiantes.
- ◆ Por el tipo de pacientes.

Las convergencias radican en educación e información, y en Enfermeras(os) capacitadas(os).

Las divergencias consisten en considerar que la utilidad de un protocolo de consentimiento informado por Enfermería protege de demandas a la institución, además en evitar que los pacientes sean cambiantes y en no aclarar a cuál personal es el que hay que estimular a ser responsable.

En cuanto a sugerencias para aplicar el proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva, los informantes claves anotaron:

- ◆ Capacitar al personal sobre el proceso de consentimiento informado.
- ◆ Capacitar al personal para evitar demandas.
- ◆ Tener acceso al abogado de la institución.
- ◆ Contar con anuencia médica, de Enfermería y de la administración de la institución.
- ◆ Contar con un sitio adecuado, confidencial y con un horario definido para aplicar el proceso de consentimiento informado.
- ◆ Confección de protocolo para Enfermería e implementarlo en la nueva unidad.

- ◆ Apoyo del Colegio de Enfermeras.

Del estudio realizado se encontraron las siguientes convergencias:

El proceso de consentimiento informado es señalado por los(as) actores(as) participantes como “un acto de informar”, “un proceso de comunicación entre el paciente y el equipo de salud”, “como un derecho que tiene el usuario”.

En cuanto a las funciones del proceso de consentimiento informado concuerdan en reconocerlo como “un proceso que orienta, guía, protege y educa al(a) usuario(a) se contrasta con el enfoque teórico, se deduce que el personal de Enfermería tiene conocimiento claro respecto al proceso de consentimiento informado.

En relación con las características del proceso convergen en indicar que:

El proceso de consentimiento informado debe ser verbal y escrito.

La información debe darse en un lugar adecuado, que proporcione confidencialidad e individualidad.

La persona idónea para informar es la(el) enfermera(o) y el(la) médico(a), en forma coordinada como miembros del equipo de salud.

La obtención del conocimiento del proceso de consentimiento informado se realiza mediante la comunicación con otras personas por tradición oral, por

formación académica, por educación continua y documental.

Las formas del conocimiento de Enfermería son de distintas fuentes, de lo informal y coloquial y mediante la investigación documental.

Las divergencias encontradas fueron: el reconocimiento del consentimiento informado como un método y no como un proceso.

Con respecto a las funciones están dirigidas “a exonerar de culpa al personal y a la institución”, además “expresar que es un acto esencialmente médico” contrariamente a las funciones de evitar el fraude y la coacción.

La utilización de un protocolo de consentimiento informado, es considerado como la nota del médico, a manera de protocolo, además de la exoneración que firma el(la) usuario(a) en admisión al ser hospitalizado. Se enfatiza que no existe un protocolo de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.

Enfermería anota sobre el proceso de consentimiento informado, cuando no existe la nota médica al respecto y lo realiza en las notas correspondientes.

#### **OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE**

De la observación no participante se encontraron las siguientes convergencias y divergencias.

**CONVERGENCIAS:**

La información que se brinda al paciente y familia es:

- ◆ Sobre el diagnóstico y normativa del servicio.
- ◆ Evaluación de su estancia desde una perspectiva científica.
- ◆ En una emergencia, se proporciona información después del evento.
- ◆ En la administración del medicamento, solo se informa sobre la vía que se le aplicará dicho medicamento.

**DIVERGENCIAS:**

- ◆ La información es pública y general no individual.
- ◆ Hay mayor tendencia a no dar información sobre la condición del paciente.
- ◆ En la administración de medicamentos no se informa sobre efectos secundarios.

Además las observadoras registraron:

- a) De veinte enfermeros(as) observados(as) quince anotan la información y once utilizan el proceso de consentimiento informado como diagnóstico de Enfermería.
- b) En cuanto a la educación al paciente y familia, diez enfermeros(as) no explican ni corroboran que la información que proporcionaron fue comprendida por el(la) usuario(a).
- c) Con respecto a la coordinación con el equipo de salud u otro miembro, dieciséis enfermeras(os) lo realizaron independientemente, por su propia iniciativa brindan información sobre tratamientos, dudas y temores.

- d) Se observó que diez enfermeras dependen del equipo médico para brindar información sobre diagnóstico y tratamiento.

Con respecto a la observación no participante, la convergencia más importante se presenta en la información que brinda al(la) usuario(a), lo que evidencia que lo considera como un sujeto activo, sin embargo, una mayoría no realiza la anotación correspondiente, a pesar de que la información es parte de los diagnósticos de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (N.A.N.D.A.) y estos son eje normativo en el Hospital México y base fundamental en la aplicación del proceso de Enfermería.

### REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Con respecto al análisis del expediente, las principales convergencias encontradas son:

- ◆ Todos tenían plan de atención y su evaluación diagnóstica respectiva, de acuerdo con las normativas de la Unidad de Terapia Intensiva y con base en los diagnósticos de Enfermería de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería, las(os) enfermeras(os) anotan el nombre del(a) paciente al inicio de su nota.
- ◆ En cuanto a las divergencias analizadas, el proceso de consentimiento informado, considerado como acto humano de comunicación, que se establece entre el paciente y el equipo de salud, no aparece como tal, se observan diferentes anotaciones en las que la información es utilizada como medio de “exonerar al personal y a la institución y como autorización del

paciente a que se le realice el procedimiento y no como acto de informar”, además hay anotaciones con respecto a entrega de permisos para ingresar a la unidad.

De los cincuenta expedientes revisados, en diez existen anotaciones de Enfermería con respecto a orientación, ocho de ellos en relación con el permiso y dos incluyen el proceso de consentimiento informado como diagnóstico de Enfermería.

Además se debe destacar el hecho de que en los dos casos, en que se anota la información brindada, estos usuarios formaban parte del equipo de salud y en un caso específico el usuario era Testigo de Jehová.

## CONTRADICCIONES ENCONTRADAS EN EL ESTUDIO

En relación con el estudio se encontró que las(os) enfermeras(os) opinan que aplican el proceso de consentimiento informado, anotando la información que brindan al paciente y la familia, y en la revisión de expedientes solamente dos de ellos la incluyeron como diagnóstico de Enfermería. Además, es contradictorio lo registrado por las observadoras, con respecto a que las(os) enfermeras(os) anotan y utilizan el proceso de consentimiento informado como diagnóstico de Enfermería, la cual no se evidencia en el expediente.

Para una mayor comprensión se presenta un resumen de los resultados:

## ENCUESTA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ASPECTOS ANALIZADOS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
CONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acto de informar, proceso de comunicación, derecho del(a) usuario(a)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método, proceso legal</li> </ul>
FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso que orienta, guía y protege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acto esencialmente médico</li> <li>• Exonerar de culpa al equipo de salud y a la institución</li> </ul>
PROTOCOLO		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe, no conocen</li> <li>• Apoyo en nota médica</li> <li>• Apoyo en exoneración que se firma al ingreso.</li> </ul>
IMPORTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos del(la) paciente</li> <li>• Responsabilidad del equipo de salud</li> <li>• Lineamientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección legal, empatía</li> <li>• Pacientes cambiantes</li> </ul>
APLICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotan toda la información bien dada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando no existe nota médica</li> <li>• Como respaldo a la nota médica</li> <li>• No lo anota</li> <li>• Realiza verbalmente</li> </ul>
FORMAS DE OBTENERLO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal</li> <li>• Verbal y escrito</li> <li>• Escrito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal con mínima información</li> </ul>
FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación académica</li> <li>• Ejercicio profesional</li> <li>• Tradición oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar demandas por mal praxis</li> </ul>
PERSONA IDEAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación médico y Enfermería</li> <li>• La(el) enfermera(o).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con manual</li> </ul>
LUGAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar confidencial e individual</li> <li>• Antes de cualquier acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el pasillo</li> <li>• En cualquier lugar</li> </ul>
ASPECTOS POR INFORMAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total y completo</li> <li>• Sin tecnicismos</li> </ul>	

## ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

ASPECTOS ANALIZADOS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
CONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento legal</li> <li>• Derecho del paciente</li> <li>• Información</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización de la familia</li> </ul>
FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación académica</li> <li>• Desarrollo personal</li> <li>• Capacitación institucional</li> </ul>	
CONDICIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información confidencial</li> <li>• Paciente consciente, lúcido</li> <li>• Lenguaje adecuado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer horario</li> </ul>
PROTOCOLO		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de protocolo</li> <li>• No existen normas</li> </ul>
IMPORTANCIA Y UTILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermero(a) como educador(a)</li> <li>• Capacitadas(os) para informar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger de demandas al Hospital</li> <li>• Personas cambiantes</li> <li>• Tipo de pacientes</li> </ul>

## OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE

CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brinda información sobre el diagnóstico y normativa del servicio.</li> <li>• Evaluación de su estancia desde una perspectiva científica.</li> <li>• Ante una emergencia se proporciona información después del evento.</li> <li>• Se informa vía administración del tratamiento.</li> <li>• Aplican proceso de consentimiento informado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información pública y general no individual.</li> <li>• Tendencia a no informar sobre la condición del paciente.</li> <li>• No ser informado sobre efectos secundarios.</li> </ul>

## REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

<b>CONVERGENCIAS</b>	<b>DIVERGENCIAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos con plan de atención de acuerdo con diagnósticos de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).</li><li>• Con respectiva evaluación de los diagnósticos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anotaciones como medio para exonerar al personal e institución.</li><li>• Como autorización del paciente y no como acto de informar.</li><li>• Dos expedientes incluyen el proceso de consentimientos informado como diagnóstico de Enfermería.</li></ul>

# CAPITULO V

## 5.1 CONCLUSIONES

- ◆ El estudio evidencia que la(el) enfermera(o) tiene conocimientos sobre el proceso de consentimiento informado y este ha sido adquirido a través de su práctica diaria y del estudio personal.
- ◆ No existen normativas institucionales de Enfermería sobre el proceso de consentimiento informado, por lo que las(os) enfermeras(os) consideran la implementación de este como normativa del Servicio de Terapia Intensiva para realizar un diagnóstico de Enfermería, con su respectiva evolución por turno y asegurar con ello la continua información del(a) usuario(a) externo(a) y familia para lograr cooperación y proporcionar atención de calidad.
- ◆ La observación no participante demostró que la aplicación del proceso de consentimiento informado, que realiza la(el) enfermera(o) en su práctica cotidiana es por medio de la vía verbal. En la revisión de expedientes clínicos, solo se encontraron dos expedientes con anotaciones al respecto de los cincuenta revisados.
- ◆ La percepción de los profesionales de Enfermería evidenció que el proceso de consentimiento informado es considerado como un método de protección a la práctica cotidiana.
- ◆ El profesional de enfermería debe incluir en su práctica diaria la aplicación del proceso de consentimiento informado, la anotación debe reflejarse en el expediente que es el instrumento de uso cotidiano que brinda la información respectiva sobre la evolución, así como criterios establecidos de calidad y

riesgo.

- ◆ El servicio de Terapia Intensiva es altamente especializado, en el cual se realizan gran cantidad de procedimientos técnicos al(la) usuario(a), el cual está en condiciones críticas; ante esta situación es imperativo la existencia de un documento que contemple la información que debe brindarle a este y a su familia.

Las investigadoras concluyen que una forma de violencia al ser humano, en este caso al(la) usuario(a) de los servicios de salud, es la falta de información y es también una forma de imponer autoridad y poder.

El profesional de Enfermería en relación con el conocimiento sobre el proceso de consentimiento informado atiende a la necesidad de recibir información que tiene la persona, grupo o comunidad sobre cuidados y procedimientos.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- ◆ Implementar el proceso de consentimiento informado en el plan de atención de Enfermería como diagnóstico para su evolución de acuerdo con normativa de la Unidad de Terapia Intensiva.
- ◆ Implementar un protocolo de consentimiento informado para las(os) enfermeras(os) y que se hagan las adaptaciones respectivas en el resto de los servicios de la institución.
- ◆ Sugerir al Colegio de Enfermeras de Costa Rica que se incluya un articulado referente al proceso de consentimiento informado en el Código de Ética, que oriente la Enfermería en este proceso.
- ◆ Mantener continua interacción con el Departamento Legal de la institución al implementar el proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva, para que se establezca un proceso continuo que permita mejorar el ejercicio legal de los(as) pacientes y los(as) que participan en él.

# CAPITULO VI

## 6.1 BIBLIOGRAFÍA

- Afaf Ibrahim Meleis. La naturaleza de Conocimiento. Universidad de California. (artículo inédito). p1.
- Alvarado Vives, M<sup>a</sup> Adelia. **La Práctica de la Enfermería, Aspectos Éticos y Legales**. San José. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 1990.
- Alvarado Vives, María Adelia: **Principios de ética aplicados a Enfermería**. San José, Editorial EDNASSS, 1992.
- Balmaceda, Grettel et al. **Antología del programa Seminario-taller de técnicas cuantitativas y cualitativas en investigación**, III cuatrimestre, 2001.
- Barrantes Echeverría, Rodrigo. 1999. **Un camino al conocimiento**. San José, Editorial UNED, 2000.
- Biblioteca Francisco Xavier Clavigero. Formatos de citas bibliográficas para trabajos de investigación. Guía para navegar en internet. Chicago. (Consulta 16-01-2002).
- Biblioteca virtual. Cómo citar recursos electrónicos. Assumpció Estivill. ([estivill@eubd.ub.es](mailto:estivill@eubd.ub.es)). Escala Universitaria, setiembre 1997. (Consulta 16-01-2002).
- Caja Costarricense de Seguro Social. 2000. **Reglamento para la investigación clínica en los servicios asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social**. San José. CENDEISSS, 2001.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Anual Operativo 2001, Terapia Intensiva, Hospital México.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Corporativo 2000. C.C.S.S. Mayo 2000.
- Cazán, Pablo. La cita bibliográfica. Guía de redacción y publicación científica. (<http://hispanista.com>). (Consulta 16-01-2002).
- Cubero Romero, Víctor. Departamento de Salud, el consentimiento informado. (Consulta 9-10-2001). p2.
- D. Polit y B. Hungler. (1978). **Investigación Científica**. México. Nueva Editorial Interamericana. 1985.
- Debra Dunn, RN. "Explorando los puntos oscuros del Consentimiento informado". En Peya Gascóns Margarita: Nursing 2000. España, Editorial Staff. Enero 2000. P30.

- Departamento de salud. El Consentimiento informado. Guía práctica. (<File:///A/elconsentimientoinformado.guía práctica>). (Consulta 13-10-2001).
- Escobar Saldarriaga, Isabel et al. Calidad de atención de Enfermería. Argentina. (<File:///A/.htm>). (Consulta 16-02-2002).
- Escobar Saldarriaga, Isabel. Calidad de la Atención de Enfermería en las salas de trabajo de parto. Colombia. (<File:///A/Calidaddeatencióndeenfermería.htm>). (Consulta 16-02-2002).
- Esquivel Chinchilla, José M et al. **Fundamentos de Bioética**. San José. Editorial Nacional en Salud y Seguridad Social. 1998.
- Guillén Fonseca, Martha. Teorías aplicables al proceso de atención de Enfermería en Educación Superior. Ministerio de Educación Pública. ([File:///A/teoríasaplicablesalprocesodeatencióndeenfermeríaeneducaciónsuperior:htm](File:///A/teoríasaplicablesalprocesodeatencióndeenfermeríaeneducaciónsuperior.htm)). (Consulta 17-01-02).
- Harckspiel, María Mercedes. Código de Etica Enfermería. Gonzalo Escalova, Daniel. Red Colombiana de Enfermería. (<http://www.geocitier/others/torun/5586/código1.html>).
- Informe sobre la definición del Vocablo. Enfermería. Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid, 14 de marzo del 2001. (Consulta 13-10-2001).
- Luna Maldonado, Aurelio. "Conflicto en la formación sanitaria, el enfermo y sus familiares". En: Monge Najera, Julian. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, San José. Editorial Internacional, Diciembre 1999. Volumen 4, fascículo 2, p92.
- Margaret D, Lecompte. Un Matrimonio Conveniente: Diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas. Cuadro de Educación. Universidad de Colorado (ISSN1134-4032//D.L SF-1138-94) (Consulta 16-01-02).
- Mendoza Guadalupe. Consentimiento informado. Asociación Argentina de Derecho Médico. Argentina. <File:///a:/asociaciónargentinadederechomédico.htm>. 1999. (Consulta 13-10-2001). P3.
- Morales Fernández, Eduardo. **La responsabilidad penal y civil del Médico en las demandas por negligencia profesional**. San José. Investigación Jurídica, S.A. 1994.
- Moreno García, David. La investigación cuantitativa en salud. Facultad de salud pública. México. (<http://www.uanl.mn/http>). (Consulta 16-02-02).

- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda, Definiciones y Clasificación (1999). Filadelfia, Haircut, 2000.
- Osuma Carrillo, Eduardo. "Calidad de la Información Sanitaria como requisito para el consentimiento informado". En: Monge Nájera, Julian, revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. San José, Editorial Internacional, Junio 2000, volumen 5, fascículo 1, pp 59.
- Palmes Quevedo, R. Enfermería y el consentimiento informado. Trujillo González, J. M. Hospital Universitario Infantil de Canarias (HUMIC) 1997. (Consulta 9-10-2001). p1.
- Polaino-Lorente A. Manual de Bioética General. Ediciones Rialp S.A. Madrid. <http://www.farmacia.org/formación//bioética/bio.1-2.htm> 1993. (Consulta 13-06-01).
- Revista Erobotoker. La Gestión del Consentimiento. Revista de abril del 2001. (<File:///A//lagesióndelconocimiento:htm>). (Consulta 21-11-2001).
- Salazar Mata, Dulcerina. Derechos del Enfermo con Énfasis en Intimidad e Información. (tesis). Universidad de Costa Rica. San José. 1998.
- Sweeney, Nancy M. Un Análisis Conceptual del Conocimiento Personal, Aplicación de Educación de Enfermería. New Jersey. USA (1994).
- Trujillo González J. M. et al. Enfermería y el consentimiento informado. Palmes Quevedo, R. Hospital Universitario Infantil de Canarias (HUMIC). 1997 (Consulta 9-10-2001) pp1-2.
- Urrutia Bunster, Mile. De la profesión a la disciplina de Enfermería. (Artículo inédito, 2002).
- Verdú, Fernando A. Del Consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. (<File:///A//fernandoaverdúconsentimientoinformadoenclínica>). (Consulta 16-02-2002).
- Vergara, Carlos U. Contexto de la Reforma del Sector Salud. Antología de Economía de la Salud 2001. P1.
- Vidal Susana M. Proyecto para la constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en las Instituciones de salud de la provincia de Córdoba. Ed. Vidal. <http://www.bioética.org/vidal.htm> (Consulta: 13-08-01).
- Wagner Graw, Patrick. Bioética y Enfermería. [A:/bioética y enfermería .htm](A:/bioética_y_enfermería.htm), (Consulta: 30-08-01).

---

**ANEXOS**

---

*ANEXO I*  
*COORDINACIONES REALIZADAS PARA LA*  
*ELABORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN*

*ANEXO II*

*REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO RESPECTO A LA  
APLICACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA.*

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE.  
REVISIÓN DE EXPEDIENTES RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA.**

**Objetivo:**

Identificar cómo ejecuta el profesional de Enfermería en el ejercicio diario el proceso de consentimiento informado en el expediente clínico.

**Marco Conceptual:**

“La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, las valoraciones, las informaciones de cualquier tipo sobre la situación y la evolución clínica de los pacientes, a lo largo de su proceso asistencial”<sup>1</sup>(Osuma, 1999: 59).

Para fines de este estudio evaluaremos la inclusión del proceso del Consentimiento informado en el proceso de Enfermería, tomando en cuenta las anotaciones en el expediente sobre este y su aceptación con el paciente y familia.

**Organización del Instrumento:**

Este instrumento está organizado en una condición a evaluar que es el de las anotaciones de Enfermería en el expediente clínico.

Contiene cinco ítems.

**Orientaciones:**

Para la aplicación de este instrumento las investigadoras revisarán los expedientes clínicos de los pacientes ingresados al servicio de Terapia Intensiva en el primer trimestre del año 2002.

**Evaluación:**

Para la evaluación de la ejecución del proceso de consentimiento informado por el profesional de Enfermería en su ejercicio diario evidenciado en el expediente clínico. Se hará a través de convergencias, divergencias y contradicciones.

---

<sup>1</sup> Osuma Carrillo Eduardo. (1999). “Calidad de la Información Sanitaria como requisito para el consentimiento informado” . En: Monge Nájera, Julián, en Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. San José, Costa Rica, junio 2000. Volumen 5, fascículo 2, p 59,

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
 SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE.  
 REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL  
 PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA  
 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL MEXICO.**

**Iniciales del paciente:**

**Número de Expediente:**

**Fecha:**

**Hora inicio:**

**Hora finaliza:**

**Investigadoras: Licdas. Olga Marín Chaves y Yolanda Argüello Alguera.**

**Objetivo:**

Identificar cómo ejecuta el profesional de Enfermería en el ejercicio diario el proceso de consentimiento informado en el expediente clínico.

**Instrucciones:**

Llenar la columna correspondiente a las condiciones indicadas con respecto a las anotaciones de Enfermería en el expediente, marcando con una X en sí o en no respectivamente.

Condiciones Evaluadas	Anotaciones		Observaciones
	Sí	No	
<b>1. Identificación del paciente.</b>			
1.1 Anota el nombre del paciente.			
1.2 Anota la palabra paciente reemplazando el nombre.			
1.3 Anota la palabra usuario reemplazando el nombre.			
<b>2. Anota la orientación brindada al paciente.</b>			
<b>3. Anota la respuesta del paciente ante la información brindada.</b>			
<b>4. Anota la orientación brindada a la familia.</b>			

Condiciones Evaluadas	Anotaciones		Observaciones
	Sí	No	
<b>5. Anotaciones sobre el consentimiento informado encontradas en el expediente.</b>			
5.1 Por Enfermería.			
5.2 Por el Médico.			
<b>6. ¿Tomó en cuenta en el plan de atención de Enfermería la información como diagnóstico?.</b>			

*ANEXO III*

*ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES SOBRE LA  
APLICACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
DEL HOSPITAL MEXICO*

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE.  
ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES.**

**Objetivo:**

Identificar la opinión que tienen informantes claves respecto a la aplicación por Enfermería, del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.

**Marco Conceptual:**

Para fines de este estudio el “Consentimiento informado como acto humano es un proceso comunicativo que se establece entre el paciente y el equipo de salud, o Consentimiento informado como explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para solicitarle su aprobación para ser sometidos a esos procedimientos”<sup>2</sup>(Osuma, 1999: 59).

Se tomarán en cuenta ciertas condiciones como:

- ◆ Disponer de una información suficiente.
- ◆ Comprender la información adecuadamente.
- ◆ Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
- ◆ Ser competente para tomar la decisión en cuestión.

Además de condiciones físicas que provean confidencialidad para el usuario.

Para la información a la familia o al paciente se tomará como punto de referencia que esta debe ser clara, comprensible, real y completa, adaptada al nivel científico y de comprensión al cliente. Además de:

- ◆ Será habitualmente verbal y constará por escrito en aquellos actos, diagnósticos y terapéuticos que conlleven un riesgo considerable para el paciente.
- ◆ Comprensible, continuada, razonable y suficiente.
- ◆ Facilitada con antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.

---

<sup>2</sup> Osuma Carrillo Eduardo. (1999). “Calidad de la Información Sanitaria como requisito para el consentimiento informado” . En: Monge Nájera, Julián, en Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. San José, Costa Rica, junio 2000. Volumen 5, fascículo 2, p 59,

- ◆ Ser objetiva, específica y adecuada al procedimiento, evitando aspectos alarmistas que puedan incidir negativamente en el paciente.
- ◆ Debe incluir identificación y descripción del procedimiento.
- ◆ Beneficios que se espera alcanzar.
- ◆ Alternativas del procedimiento y su objetivo.
- ◆ Consecuencias previsibles de su realización
- ◆ Consecuencias de la no realización del procedimiento.
- ◆ Riesgos frecuentes y poco frecuentes cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento.
- ◆ Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.
- ◆ Cualquier otra información que se considere relevante.

Para fines de protocolo sobre el consentimiento informado, se analizará el que contenga los siguientes requisitos como mínimo:

- ◆ “El nombre del paciente y número de asegurado.
- ◆ El nombre de la persona que va a llevar a cabo el procedimiento.
- ◆ Una descripción del procedimiento en términos sencillos.
- ◆ El conocimiento por parte del paciente de que el médico, la enfermera (o), el u otros profesionales le han explicado los beneficios esperados y los riesgos potenciales, las complicaciones y las reacciones adversas, graves o frecuentes del procedimiento, así como que el paciente o su tutor comprenden esta información.
- ◆ Autorización para disponer de muestras o tejidos obtenidos durante la intervención.
- ◆ La firma del paciente o de la persona autorizada con la fecha; si alguna otra persona que no sea el paciente da el consentimiento, se debe incluir el nombre de esta persona, su relación con el paciente y por qué firma ella.
- ◆ Si un traductor ayuda a explicar el procedimiento debe figurar su nombre y titulación.
- ◆ Las firmas de los testigos con la fecha.

- ◆ Escribir “ninguno” o “no pertinente” en los espacios que no requieren respuesta para evitar los espacios en blanco” <sup>3</sup>(Dunn, 2000: 31).

Además se tomará en cuenta que las personas que deberán participar en este proceso son la Enfermera(o), médico, familia y paciente, y este debe ser verbal y escrito.

Para fundamentar la importancia del proceso de consentimiento informado tomaremos en cuenta sus funciones:

- ◆ “Promover autonomía de los individuos.
- ◆ Fomentar racionalidad en la toma de decisiones del equipo de salud.
- ◆ Proteger a los enfermos y sujetos de experimentación
- ◆ Evitar el fraude y coacción.
- ◆ Evitar autoevaluación y autoexamen en los profesionales de salud.
- ◆ Disminuir recelo y aliviar temores.
- ◆ Introducir en el equipo de salud una mentalidad más probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre” <sup>4</sup>(Wagner, 2001).

Con respecto a las características del proceso de consentimiento informado nos basaremos en que deben ser objetivas, específicas, adecuadas al procedimiento y proporcionadas en forma verbal y escrita, con lenguaje apropiado al nivel educativo del cliente.

Para valorar la utilidad de un proceso de consentimiento informado por Enfermería lo fundamentamos en que los cuidados de Enfermería deben ir relacionados con la evolución de la sociedad, nuevos retos y exigencias para tomar las medidas oportunas y adaptar los cuidados a las necesidades actuales.

#### **Organización del Instrumento.**

El instrumento comprende siete preguntas abiertas, relacionadas con conocimientos y aplicación del proceso del Consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.

#### **Orientaciones:**

Solicitar a la persona informante que responda libre y amplio las siete preguntas del cuestionario.

---

<sup>3</sup> Debra Dunn, R.N. “Explorando los puntos oscuros del Consentimiento informado”. En Nursing 2000. España 2000, p 31.

<sup>4</sup> Wagner Graw, Patrick. Bioética y Enfermería. A:/bioéticayenfermería.htm. 30/08/2001.

**Evaluación:**

Para evaluar la respuesta a los informantes claves se hará con base en las convergencias, divergencias y contradicciones respecto a la conceptualización.

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE.  
CUESTIONARIO A INFORMANTES CLAVES SOBRE LA APLICACIÓN DEL PROCESO  
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,  
HOSPITAL MEXICO.**

**Datos Generales**

**Nombre:**

**Edad:**

**Años de servicio:**

**Grado académico:**

**Lugar:**

**Fecha:**

**Puesto:**

**Hora de inicio:**

**Hora finaliza:**

**Entrevistador: Licdas. Olga Marín y Yolanda Argüello.**

**Objetivo:**

Identificar la opinión que tiene informantes claves respecto a la aplicación por Enfermería del proceso del Consentimiento informado en la Unidad de Terapia intensiva.

**Instrucciones:**

Conteste en forma libre las siguientes preguntas. Hacerlo con letra legible.

Muchas gracias.

- 1) ¿Podría explicarnos cómo definiría usted el proceso de consentimiento informado?.
- 2) ¿De qué forma ha conocido usted el proceso de consentimiento informado?.
- 3) ¿Cómo considera usted que debería realizarse el proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva?.



*ANEXO IV*

*ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES DE  
ENFERMERIA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y  
APLICACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA DEL HOSPITAL MEXICO.*

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE.  
ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

**Objetivo:**

Determinar si el conocimiento y el ejercicio diario del profesional de Enfermería son congruentes con el proceso de consentimiento informado que se aplica a los pacientes como sujetos activos con el propósito de mejorar la calidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva.

**Marco Conceptual:**

Para fines de este estudio el “Consentimiento informado como acto humano es un proceso comunicativo que se establece entre el paciente y el equipo de salud, o Consentimiento informado como explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para solicitarle su aprobación para ser sometidos a esos procedimientos”<sup>5</sup>(Osuma, 1999: 59).

Se tomarán en cuenta ciertas condiciones como:

- ◆ Disponer de una información suficiente.
- ◆ Comprender la información adecuadamente.
- ◆ Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
- ◆ Ser competente para tomar la decisión en cuestión.

Además de condiciones físicas que provean confidencialidad para el usuario.

Para la información a la familia o al paciente se tomará como punto de referencia que esta debe ser clara, comprensible, real y completa, adaptada al nivel científico y de comprensión al cliente. Además de:

- ◆ Será habitualmente verbal y constará por escrito en aquellos actos, diagnósticos y terapéuticos que conlleven un riesgo considerable para el paciente.
- ◆ Comprensible, continuada, razonable y suficiente.

---

<sup>5</sup>

Osuma Carrillo Eduardo. (1999). “Calidad de la Información Sanitaria como requisito para el consentimiento informado” . En: Monge Nájera, Julián, en Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. San José, Costa Rica, junio 2000. Volumen 5, fascículo 2, p 59,

- ◆ Facilitada con antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.
- ◆ Ser objetiva, específica y adecuada al procedimiento, evitando aspectos alarmistas que puedan incidir negativamente en el paciente.
- ◆ Debe incluir identificación y descripción del procedimiento.
- ◆ Beneficios que se espera alcanzar.
- ◆ Alternativas del procedimiento y su objetivo.
- ◆ Consecuencias previsibles de su realización
- ◆ Consecuencias de la no realización del procedimiento.
- ◆ Riesgos frecuentes y poco frecuentes cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento.
- ◆ Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.
- ◆ Cualquier otra información que se considere relevante.

Para fines de protocolo sobre el consentimiento informado, se analizará el que contenga los siguientes requisitos como mínimo:

- ◆ “El nombre del paciente y número de asegurado.
- ◆ El nombre de la persona que va a llevar a cabo el procedimiento.
- ◆ Una descripción del procedimiento en términos sencillos.
- ◆ El conocimiento por parte del paciente de que el médico, la enfermera (o), el u otros profesionales le han explicado los beneficios esperados y los riesgos potenciales, las complicaciones y las reacciones adversas, graves o frecuentes del procedimiento, así como que el paciente o su tutor comprenden esta información.
- ◆ Autorización para disponer de muestras o tejidos obtenidos durante la intervención.
- ◆ La firma del paciente o de la persona autorizada con la fecha; si alguna otra persona que no sea el paciente da el consentimiento, se debe incluir el nombre de esta persona, su relación con el paciente y por qué firma ella.
- ◆ Si un traductor ayuda a explicar el procedimiento debe figurar su nombre y titulación.
- ◆ Las firmas de los testigos con la fecha.

- ◆ Escribir “ninguno” o “no pertinente” en los espacios que no requieren respuesta para evitar los espacios en blanco”<sup>6</sup>(Dunn, 2000: 31).

Además se tomará en cuenta que las personas que deberán participar en este proceso son la Enfermera (o), médico, familia y paciente, y este debe ser verbal y escrito.

Para fundamentar la importancia del proceso de consentimiento informado tomaremos en cuenta sus funciones:

- ◆ “Promover autonomía de los individuos.
- ◆ Fomentar racionalidad en la toma de decisiones del equipo de salud.
- ◆ Proteger a los enfermos y sujetos de experimentación
- ◆ Evitar el fraude y coacción.
- ◆ Alentar autoevaluación y autoexamen en los profesionales de salud.
- ◆ Disminuir recelo y aliviar temores.
- ◆ Introducir en el equipo de salud una mentalidad más probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre”<sup>7</sup>(Wagner, 2001).

Con respecto a las características del proceso de consentimiento informado nos basaremos en que deben ser objetivas, específicas, adecuadas al procedimiento y proporcionadas en forma verbal y escrita, con lenguaje apropiado al nivel educativo del cliente.

Para valorar la utilidad de un proceso de consentimiento informado por Enfermería lo fundamentamos en que los cuidados de Enfermería deben ir relacionados con la evolución de la sociedad, nuevos retos y exigencias para tomar las medidas oportunas y adaptar los cuidados a las necesidades actuales.

### **Organización del Instrumento.**

Este instrumento comprende once preguntas abiertas relacionadas con el conocimiento y aplicación del proceso de consentimiento informado que poseen los profesionales de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.

---

<sup>6</sup> Debra Dunn, R.N. “Explorando los puntos oscuros del Consentimiento informado”. En Nursing 2000. España 2000, p 31.

<sup>7</sup> Wagner Graw, Patrick. Bioética y Enfermería. A:/bioéticayenfermería.htm. 30/08/2001.

**Orientaciones.**

Solicitar a la persona entrevistada que responda libre y ampliamente las preguntas de la encuesta de acuerdo a sus conocimientos.

**Evaluación:**

Para evaluar las respuestas de los profesionales de Enfermería se hará con base en las convergencias, divergencias y contradicciones respecto a la conceptualización.

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE.  
ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALS DE ENFERMERÍA SOBRE LA APLICACIÓN  
DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA DEL HOSPITAL MÉXICO.**

**Fecha:**

**Personas que realizan la encuesta: Licdas. Olga Marín y Yolanda Argüello.**

**Objetivo:**

Determinar si el conocimiento y el ejercicio diario del profesional de Enfermería son congruentes con el proceso de consentimiento informado que se aplica a los pacientes como sujetos activos, con el propósito de mejorar la calidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva.

**Instrucciones:**

Este instrumento es anónimo. Conteste en forma libre las siguientes preguntas, las respuestas son confidenciales, su uso es exclusivo para la investigación.

Escriba con letra legible.

Muchas gracias.

- 1) ¿Podría explicarnos cómo definiría usted el proceso de consentimiento informado?.
  
- 2) ¿Podría explicarnos cuáles son las funciones del Consentimiento informado?.
  
- 3) ¿Ha utilizado un protocolo de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva?. Explique.

- 4) ¿Considera usted que es importante un protocolo de consentimiento informado?. ¿Por qué?
- 5) ¿Cómo aplica en la nota de Enfermería el proceso de consentimiento informado?. Explique.
- 6) Explique ¿cuáles son las formas de obtener el consentimiento informado?.
- 7) ¿Cómo adquirió usted el conocimiento sobre el proceso de consentimiento informado?. Explique.
- 8) ¿Quién considera usted que debe proporcionar la información al paciente o familia, con relación al proceso de Consentimiento informado?.
- 9) ¿Cuáles aspectos cree usted deben informarse al paciente y familia?. Explique.
- 10) ¿Dónde debe proporcionarse la información al paciente o familia?.Explique.
- 11) De sugerencias respecto a la aplicación del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia intensiva.

*ANEXO V*

*GUIA DE OBSERVACION NO PARTICIPANTE SOBRE LA  
APLICACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,  
DIRIGIDA A PROFESIONALES DE ENFERMERIA.*

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE  
OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE SOBRE APLICACIÓN DEL PROCESO DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.  
DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

**Objetivo:**

Determinar las características del desarrollo del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.

**Marco Conceptual:**

Para fines de esta investigación se tomará en cuenta la aplicación en el plan de Atención de Enfermería, además de la correcta información que brinda el profesional de Enfermería basada en conceptos tales como: ¿para qué se informa?, ¿qué información proporcionamos?, ¿cómo se debe dar la información?, ¿quién informa?, aspectos que se deben informar, ¿hasta donde se debe informar? y los cuestionamientos necesarios para la obtención del Consentimiento informado, y si la información que brinda es con conocimiento contextual del Consentimiento informado como acto humano, y como proceso comunicativo que se establece entre el paciente y el equipo de salud.

**Organización del Instrumento:**

Este instrumento está organizado en cuatro grandes aspectos:

- ◆ **Información:** contiene cinco áreas a evaluar.
- ◆ **Plan de Atención de Enfermería:** se evalúa dos preguntas.
- ◆ **Educación a paciente y familia:** comprende dos observaciones.
- ◆ **Coordinación:** tiene dos ítems a evaluar.

El instrumento está compuesto por once ítems.

**Orientaciones.**

Para la aplicación de este instrumento el observador se ubicará en un espacio que le permita tener una amplia visibilidad del servicio de Terapia Intensiva, de esta forma

anotará con un sí o un no las áreas evaluadas. Cuando el área observada se marque con un no deberá profundizar sobre la causa de ese hecho o comportamiento.

**Evaluación:**

Para evaluar los resultados de la observación se hará con base en las convergencias, divergencias y contradicciones.

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
 SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE  
 GUIA DE OBSERVACION DE APLICACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO  
 INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.  
 DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA.**

**Hora de inicio:**

**Hora finaliza:**

**Fecha:**

**Turno:**

**Observadores:**

**Objetivo:**

Determinar las características del desarrollo del proceso de consentimiento informado en la Unidad de Terapia Intensiva.

**Instrucciones:**

Llenar la columna correspondiente del área observada marcando con una X un sí o un no. Si es negativo anote en observaciones lo que corresponde a ese hecho o comportamiento.

Condiciones Evaluadas	Respuestas		Observaciones
	Sí	No	
<b>1. Información.</b>			
1.1 Brinda información al paciente y familia sobre: -Diagnóstico. -Normativas del servicio. -Alternativas de tratamiento. -Evaluación de su estancia.			
1.2 La información brindada al paciente y familia se fundamenta en: -Empírico. -Científico.			

Condiciones Evaluadas	Respuestas		Observaciones
	Sí	No	
1.3 Brinda información a la familia ante una emergencia de su familiar:			
-Durante la emergencia.			
-Después de la emergencia.			
-No se acerca.			
1.4 Informa al paciente sobre su condición de salud en forma:			
-Individual.			
-Públicamente.			
1.5 Informa previamente al paciente sobre los medicamentos que se le van a administrar con respecto a:			
-Efectos secundarios.			
-Vía de administración.			
<b>2. Plan de Atención de Enfermería.</b>			
2.1 ¿Anota la información que brinda?.			
2.2 ¿Utiliza el proceso de consentimiento informado en el Plan de Atención de Enfermería?.			
<b>3. Educación a paciente y familia.</b>			
3.1 Explica al paciente los procedimientos que le realizarán tanto la Enfermera (o) como el Médico.			

Condiciones Evaluadas	Respuestas		Observaciones
	Sí	No	
3.2 Corroborar que el paciente o familia entendió la información brindada.			
<b>4. Coordinación.</b>			
4.1 ¿Coordina con el equipo de salud la información que le proporciona al paciente y familia.			
4.2 Depende del equipo médico para brindar información al paciente y familia sobre:			
-Diagnóstico.			
-Tratamiento.			
-Dudas y temores.			

