

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

¡NO SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO!: LA ENFERMERA GARANTE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Autor principal MELISSA CAVADA FERNÁNDEZ

CoAutor 1 GUADALUPE GARCÍA DE LUIS

CoAutor 2 AZUCENA LARREA ORTIZ-QUINTANA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave INFORMED CONSENT NURSING STAFF SAFETY OPERATING ROOM

» Resumen

La necesidad del consentimiento informado surge como consecuencia de la utilización de la tecnología en el campo de la medicina y de la importancia que cobra la bioética en los años setenta. El Código de Nuremberg de 1947, uno de sus textos precursores, fue elaborado tras conocerse los experimentos médicos a los que fueron sometidos los prisioneros de los campos de concentración del nazismo. Este documento recoge una serie de principios que rigen la experimentación humana y la obligatoriedad de contar con su autorización.

Estos antecedentes hacen que el modelo paternalista que regía hasta el momento la relación profesional sanitario-paciente, comience a quedarse obsoleto. El paciente, tras recibir la información adecuada, comienza a tomar decisiones que conciernen a su salud, poniéndose en práctica el consentimiento informado.

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El término consentimiento informado incluye dos conceptos de gran importancia: consentimiento,

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Los antecedentes históricos más destacados del consentimiento informado son los siguientes:

-Declaración de Filadelfia (1773): recoge los primeros antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento por parte de los pacientes.

-Ética médica (Thomas Percival, 1803): refleja la importancia de que el paciente y los familiares tengan la información adecuada sobre su estado de salud.

-Juicio Mohr vs. Williams (1905): caso en el que el tribunal falló a favor de una paciente que fue intervenida de la oreja contraria a la que ella había autorizado.

-Caso Schloendorff vs. Society of New York Hospital (1914): en este caso, a una paciente le fue extirpado un tumor del abdomen, habiendo sido sometida únicamente a una laparotomía exploradora. El tribunal le dio la razón, reconociendo su derecho a decidir sobre su salud.

-Código de Nuremberg (1947): surge tras conocerse las atrocidades cometidas en los campos de concentración nazi, donde se llevaban a cabo experimentos científicos en humanos, sin contar con su autorización. Este código fue adoptado por las Naciones Unidas en 1948.

-Declaraciones de la Asociación Médica Mundial reunidas en Helsinki (1964): establecen que los seres humanos no deben ser un instrumento de análisis científico. Estas declaraciones fueron ratificadas y ampliadas en Tokio (1975) y en Manila (1980).

-Primera Carta de Derechos del Paciente promulgada por la Asociación Americana de Hospitales (1973): recoge el principio de autonomía, el derecho del paciente a saber acerca de su patología y a decidir respecto a los posibles tratamientos.

-Informe de Belmont (1979): fija los límites para proteger a las personas sometidas a experimentación y establece los siguientes principios bioéticos: respeto a las personas, beneficencia y justicia.

-52ª Asamblea de la Declaración de Helsinki (2000) celebrada en Edimburgo: establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

La legislación que regula el consentimiento informado en España son las siguientes:

-Constitución Española (1978).

-Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-86) (Artículo 10).

-Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-02) (Artículos 8, 9 y 10).

El Código Deontológico de la Enfermería Española recoge el consentimiento informado en los artículos 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. En estos artículos se tratan los siguientes puntos:

-La información ofrecida debe ser clara, veraz y comprendida dentro del límite de las atribuciones de la enfermería.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En el desempeño de nuestra profesión nos encontramos con determinadas circunstancias en las que no podemos obtener el consentimiento informado del paciente y tenemos que recurrir a familiares o representantes legales, si los hubiera. Es lo que se denomina consentimiento por representación, y tiene lugar en los siguientes casos:

-Paciente incapaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o con estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación.

-Paciente incapacitado legalmente.

-Paciente menor de edad que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber considerado su opinión, si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, pueden otorgar ellos mismos su propio consentimiento. Sin embargo, en situaciones de grave riesgo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Los supuestos en los que el profesional sanitario puede llevar a cabo su intervención, sin contar con el consentimiento informado, son los siguientes:

-Renuncia del paciente a recibir información: limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Se respetará la voluntad del paciente haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

-Cuando exista riesgo para la salud pública. Una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

-Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización. Cuando las circunstancias lo permitan, se consultará a sus familiares o personas allegadas.

La información proporcionada al paciente puede ser verbal o escrita. La forma habitual de establecer la comunicación con el paciente es verbal, aunque cuando se trate de tratamientos invasivos o procedimientos que entrañen riesgos importantes, es preferible que se utilice el documento escrito.

Los requisitos que debe reunir el consentimiento informado son los siguientes:

- Identificación del paciente.
- Identificación del médico que ofrece la información.
- Descripción del procedimiento.
- Riesgos típicos asociados a la intervención o tratamiento.
- Riesgos personalizados relacionados con las características del paciente.
- Declaración del paciente de haber recibido la información.
- Manifestación del consentimiento del paciente.
- Fecha y firmas del médico y del paciente
- Apartado para revocación del consentimiento.

Los objetivos que pretende este trabajo son:

- Conocer la importancia del consentimiento informado en el ámbito de la enfermería, especialmente, en la actividad quirúrgica.
- Identificar los apartados que debe incluir el consentimiento informado.
- Enumerar las excepciones que justifican la actuación del profesional sanitario sin consentimiento informado.
- Comprender el significado del término consentimiento por representación.

La metodología que hemos utilizado para llevar a cabo este trabajo es la siguiente:

- Revisión de la legislación vigente que regula el consentimiento informado.
- Análisis bibliográfico de los artículos más relevantes sobre este tema.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

-El consentimiento informado debe ser aceptado tras ser leído y reflexionado por el paciente. Su aceptación de forma automática, sin su adecuada comprensión, desvirtúa su sentido y anula su validez.

-El profesional de enfermería debe hacer uso del consentimiento informado en su práctica diaria, siendo esto extensible a la actividad del bloque quirúrgico. En este servicio, con relativa frecuencia, caemos en el error de establecer una comunicación deficitaria con el paciente, dejándonos llevar por la inercia del trabajo diario.

-El consentimiento informado no debe ser considerado como una simple autorización. Debe considerarse un proceso dinámico, que comprende la revelación de la información al paciente, su adecuada comprensión y su posterior aceptación.

-El paciente ejerce su capacidad de elección entre las distintas opciones terapéuticas o intervenciones, respetándose su principio de autonomía y garantizándose, así, su seguridad.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

En la práctica diaria suele hacerse un uso inadecuado del consentimiento informado. Con cierta frecuencia no se lleva a cabo o se cumplimenta de manera incorrecta. Es bastante habitual que sea considerado como una simple autorización, sin conceder importancia a su verdadera razón de ser. El consentimiento informado debe ser considerado como la información necesaria para que el paciente comprenda el tratamiento o la intervención a la que va a ser sometido, de manera que tenga libertad y autonomía para autorizar o rechazar ese procedimiento posteriormente.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La información ofrecida al paciente y su familia va a favorecer que se conviertan en protagonistas activos de su salud, permitiéndoles ejercer su principio de autonomía, al tomar decisiones que afectan a su salud.

En este apartado hemos considerado de gran importancia incluir los cuidados de enfermería aplicados en la utilización del consentimiento informado. Para ello hemos utilizado la taxonomía NIC-NOC-NANDA y hemos seleccionado el principal diagnóstico de enfermería identificado en esta situación, así como los criterios de resultado NOC y las intervenciones NIC, con los que está interrelacionado:

Diagnóstico NANDA: 00161-Disposición para mejorar los conocimientos

Resultados NOC e Indicadores:

1805-Conocimiento: conducta sanitaria

180509-Descripción de los efectos de los fármacos de prescripción facultativa

180515-Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud

1806-Conocimiento: recursos sanitarios

180601-Descripción de los recursos que aumentan la salud

1823-Conocimiento: fomento de la salud

182312-Descripción de recursos sanitarios relevantes

182316-Descripción del uso seguro de medicamentos

Intervenciones NIC y Actividades:

5520-Facilitar el aprendizaje

552008-Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede

552018-Fomentar la participación activa del paciente

552025-Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo

5540-Potenciación de la disposición de aprendizaje

554008-Comprobar el nivel de orientación/confusión del paciente

554009-Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones

5606-Enseñanza: individual

560603-Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede

560605-Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica

5618-Enseñanza: procedimiento/tratamiento

561801-Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede

561806-Determinar las expectativas de la cirugía por parte del paciente

561809-Discutir tratamientos alternativos, si procede

561812-Explicar el procedimiento/tratamiento

» Propuestas de líneas de investigación.

-Consideramos muy importante la realización de revisiones de historias clínicas, para comprobar la adecuada cumplimentación del consentimiento informado, en aquellos casos en los que se recurra al documento escrito. Esto nos permitiría conocer los aspectos que debemos mejorar, así como transmitirlos a los profesionales sanitarios correspondientes.

-Resultaría de gran interés valorar la opinión y los conocimientos del paciente. Para ello podríamos llevar a cabo encuestas que valoren la comprensión de la información, así como su grado de satisfacción con las explicaciones ofrecidas por los profesionales sanitarios. Al analizar los resultados de las encuestas, podríamos conocer que aspectos debemos modificar para ofrecer una información adecuada a nuestros pacientes. Los profesionales sanitarios debemos favorecer un ambiente de confianza, que permita al paciente expresar sus dudas, contribuyendo así a

» Bibliografía.

1. Acea B, El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. Cir Esp. 2005; 77 (6): 321-6
2. Mendoza-Romo MA, Nava Zárate N, Escalante-Pulido JM, Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. Gac Med Méx 2003 Vol 139; N°2
3. Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM, El cirujano y el consentimiento informado. J AM Coll Surg 2009; 208 (4): 627-634