

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

PAPEL DE LA ENFERMERÍA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: PROTECCIÓN Y GARANTÍA DEL DERECHO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

Autor principal MARIA CRISTINA MARTINEZ FERNANDEZ

CoAutor 1 MARIA DEL MAR FERRE ROVIRA

CoAutor 2 MANUEL MARTINEZ OLIVARES

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

Palabras clave consentimiento informado autonomía personal ética en enfermería toma de decisiones

» Resumen

El usuario durante su proceso salud- enfermedad, tiene el derecho a que se respete su confidencialidad, se le proporcione información necesaria y se fomente la autonomía en sus decisiones. Los profesionales que interactuamos con él tenemos la obligación de obtener su consentimiento informado ante procedimientos, tratamientos o pruebas diagnósticas. El médico es el responsable último de establecer la capacidad o no del paciente para ejercerlo.

Pero ¿Qué papel tiene enfermería? Históricamente se ha creído que solo el médico está implicado, pero es enfermería la que más tiempo pasa con el paciente, y es responsable al respecto. Por ello se realizó una búsqueda bibliográfica de no más de quince años de antigüedad, seleccionando finalmente 40 artículos de habla española localizados en bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Lilacs, Eric, BMJ principalmente).

Los trabajos concluyen en la importancia de que todos los miembros del equipo que atienden al paciente se impliquen en el proceso de consentimiento informado, garantizando el cumplimiento de los derechos y deberes del usuario. Alcanzando una atención de calidad en la que el

» 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?

En el ámbito de trabajo de nuestra unidad, un servicio de reanimación y anestesia, nos encontramos en múltiples ocasiones, situaciones en las que precisamos obtener un consentimiento no solo escrito sino también verbal. Se ha creído de forma errónea, que corresponde al médico únicamente la responsabilidad de este proceso, sin embargo, en la práctica clínica, el profesional de enfermería, al llevar a cabo los cuidados enfermeros, se puede encontrar altamente comprometido, por ejemplo en la administración de medicamentos, canalización de vías venosas, sondajes..., cuando el enfermo parece no comprender, no estar de acuerdo o no conocer los efectos secundarios ni las posibles alternativas. Si tenemos en cuenta, que la mayoría de los pacientes que precisan de una sedación o anestesia general, pueden presentar una alteración transitoria de su nivel de conciencia durante el postoperatorio inmediato, se hace necesaria una valoración de su capacidad para decidir y ejercer su derecho de autonomía que la ley le otorga. En este punto, el último responsable es el médico, pero es el enfermer@ quien acompaña en todo momento al paciente y debe estar preparado para ello.

Consideramos una prioridad ahondar en esta temática para garantizar el buen hacer del proceso del consentimiento informado por parte del

» 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?

Tanto la Ley 14/1986, General de Sanidad como la Ley 41/2002, de 14 de octubre, Básica de Autonomía del Paciente, nos obliga a obtener el consentimiento informado, a respetar la confidencialidad y a proporcionar a los usuarios toda la información necesaria. En esta última, se plasma que: La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad (art. 4.2).

Sin embargo no es simplemente una obligación legal, debe verse como una oportunidad para construir una relación adecuada entre los profesionales sanitarios y los usuarios, como un proceso y no un acto único ejecutado al comienzo de la relación profesional.

Se define como un proceso gradual y verbal en el seno de un acto clínico, en virtud del cual, se toman decisiones conjuntas para abordar un proceso de salud. Solo en algunas ocasiones puntuales, como se hace referencia en la Ley Básica de Autonomía del Paciente, se hará imprescindible un documento firmado: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de repercusión negativa para el paciente. El objetivo principal es ofrecer al paciente la información adecuada para que su participación sea posible en la toma de decisiones.

Este proceso implica el respeto de autonomía del paciente, y para que esto ocurra de manera adecuada, es necesaria la presencia de tres elementos:

- Información completa, adecuada y veraz, utilizando un lenguaje sencillo y comprensible.
- Comprensión de la información proporcionada en función de la inteligencia, habilidad de razonamiento, lenguaje y madurez.
- Voluntariedad o capacidad de decisión libre de la aceptación o rechazo de los procedimientos terapéuticos o diagnósticos sin coacción en ningún momento.

Como exponíamos anteriormente, el paciente en el postoperatorio inmediato, puede presentar limitaciones en su capacidad de decisión debido a los efectos postanestésicos. Es en este momento, donde surge la necesidad de valorar la capacidad o incapacidad para decidir.

Hay que tener en cuenta que el grado de capacidad que se exige para tomar decisiones no es siempre el mismo, sino que va a depender del tipo de decisión y de sus consecuencias, y que puede variar a lo largo del tiempo en un mismo individuo. Se aplica entonces la llamada escala móvil de capacidad de JF Drane.

Esta escala está compuesta por tres niveles, y cada nivel viene definido por tres elementos:

1. Un tipo de decisión característico.
2. Aquellos requisitos de capacidad que se consideran necesarios para tomar estas decisiones.
3. Algunos estados mentales o patologías que condicionan la incapacidad o la capacidad para tomar decisiones de ese nivel.

En cada nivel, las consecuencias de las decisiones del paciente son más graves y, por ello, los criterios de competencia para consentir o rechazar el tratamiento se hacen más exigentes.

La capacidad que puede evaluar un profesional de la salud es la capacidad de hecho, es decir, la que reconoce, en un momento determinado, inteligencia y voluntad.

su artículo 7: "El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada, sobre la atención que se le preste".

No solo es función del enfermero/a acompañar al paciente, durante la información médica sobre su estado de salud y las posibles medidas terapéuticas, sino, que es su responsabilidad también, mantener informado al paciente durante la aplicación de todas las actividades independientes que forman parte del plan de cuidados enfermero.

En cuanto a la valoración de la capacidad de decidir, hemos comentado anteriormente que aunque el médico es el responsable último de establecer su capacidad o incapacidad, todos los miembros del equipo sanitario deberían estar implicados de una manera u otra. En este sentido, la participación de la enfermería resulta fundamental, pues si la experiencia norteamericana insistía en que la valoración de la capacidad es un proceso continuo por la posibilidad de rápidas variaciones, son los profesionales de enfermería, los que pasan más tiempo con los pacientes y los que pueden detectar síntomas de competencia o incompetencia, dentro del marco de su función, cuyo objetivo es el cuidado integral de la persona, familia y comunidad. El desarrollo de esta función debería, por tanto, comprender la valoración de las necesidades del paciente,

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

Existe un marco ético y jurídico que obliga al profesional de enfermería a participar en este proceso y a obtener el consentimiento del paciente antes de realizar cualquier intervención asistencial.

Este proceso implica el respeto de autonomía del paciente y por respeto a este principio se debe permitir la participación y colaboración en cualquier tipo de procedimiento, donde el peso de sus decisiones está directamente relacionado con su edad, capacidad intelectual, madurez emocional y estado psicológico.

Respecto a la valoración de la capacidad, existen diferentes criterios definidos y la escala de capacidad de JF Drane. El último responsable es el médico, aunque todos los miembros que atienden al paciente deben estar implicados.

Enfermería, debe conocer bien su obligación para con el paciente y su familia respecto al consentimiento informado, pues a través de la información y del proceso de consentimiento informado el paciente, teniendo o no en cuenta a su familia, se siente respetado, autónomo y participe de las decisiones y actuaciones dentro de su proceso de salud. De esto solo se obtendrán beneficios mejorando la relación entre ambas partes. Ello repercutirá en la disminución de quejas, posibles reclamaciones tanto al personal enfermero como al resto de profesionales que se

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

La idea equivocada de que el consentimiento informado es un hecho puntual y no un proceso, y de que el médico es el único responsable, hace que enfermería limite su actuación en este proceso, tanto en las actividades independientes como en las interdependientes, en las que además existe el miedo a invadir o suplantar las competencias de otros.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

El paciente es titular de la información que a él se refiera, incluso en caso de incapacidad. Por ello debe ser informado siempre, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Esto queda plasmado en la Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de Octubre, artículo 5) que no olvida a la familia, y nosotros tampoco. Existe la obligación de informar a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, siempre y cuando este lo permita, y en caso de existir incapacidad legal será el representante legal sobre quien tengamos este deber de información.

En nuestro servicio, por las características del paciente y sus cuidados, están limitadas las visitas familiares a un corto espacio de tiempo durante su estancia, por lo que se deberá facilitar esta comunicación, teniendo en cuenta estas limitaciones, en todas aquellas situaciones que sea necesario su participación. Informar de forma adecuada tanto al paciente como a su familia puede facilitar la relación de estos con los profesionales. Influye positivamente en la toma de decisiones y por tanto en las actuaciones que tendrán que llevarse a cabo, garantizando así

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Existe mucha bibliografía acerca del papel de enfermería y el consentimiento informado, predominando las publicaciones muy antiguas, lo que hace necesarias nuevas líneas de investigación sobre este tema, asumiendo la responsabilidad a la que nuestro código deontológico nos obliga. Aunque disponemos de diferentes criterios de capacidad definidos y de la escala móvil de capacidad de JF Drane, está pendiente la elaboración de protocolos que ayuden en la difícil tarea de evaluar la capacidad de decisión del paciente durante el proceso de asistencia sanitaria. Es importante establecer acuerdos entre todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, con el objetivo de clarificar qué función va a

» **Bibliografía.**

Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.
Código deontológico de la enfermería española. Disponible en www.terra.es/personal/duenas/codigo.htm. [Consultado el 15-11-2012]
Lugones M, Pichs LA, García M. Consentimiento informado. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2005, vol.21, n.5-6, pp. 0-0. ISSN 0864-2125.
Colomar Pueyo, G. Aspectos ético-legales del consentimiento informado en enfermería. Enferm Clin. 2000; 10 (2): 71-3.