



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO
<La información en el medio hospitalario

Autor/a: <Yolanda Ruiz Borau Sanz

Tutor/a: <Mercedes Ruidiaz

ÍNDICE

1-RESUMEN.....	3
2-INTRODUCCIÓN.....	4
2-1- HISTORIA.....	5
2-2- ÉTICA	6
3-OBJETIVO	9
4-METODOLOGÍA.....	10
5-DESARROLLO.....	11
5-1-INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MEDIO HOSPITALARIO	11
5-2-FORMULARIO.	15
5-3-RECOMENDACIONES A LOS POSIBLES CONFLICTOS	16
5-4-CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN Y LÍMITES A LA SOLICITUD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	16
6-CONCLUSIONES.....	19
7-BIBLIOGRAFÍA.....	20
8-ANEXO	23

1.RESUMEN

Durante la estancia hospitalaria, el paciente tiene derecho a la información en los términos que establece la ley.

Recae sobre médicos y enfermeras la obligación de mantener informado al enfermo de todo aquello concerniente a su salud.

Los sanitarios han de aprender a informar, tienen que tomar parte en la información pero no en la decisión -salvo que lo solicite el paciente-

Es, realmente, un ejercicio de fortaleza moral dejar las opiniones personales al margen y ofrecer una información sin sesgos.

Los sanitarios han de aprender además a aceptar las decisiones de los enfermos , que tienen derecho a elegir, a no elegir y, lo mas complicado de aceptar: derecho a no hacer nada.

Ha de ser motivo de orgullo para el personal sanitario asistir ese derecho y hacerlo cumplir, pues es el resultado del esfuerzo de algunas naciones por el respeto a los derechos humanos, por salvaguardar la integridad del individuo y, no es exagerado decir, que por su libertad, pues hablamos de decidir y por lo tanto de pertenecerse.

2.INTRODUCCIÓN

La información y el consentimiento informado es una clara muestra de cómo enfocar una cuestión que actualmente ya no es una ficción legal.

La exigencia legal representa a su vez unos mínimos éticos basados en la voluntariedad, ausencia de coacción o manipulación , información en cantidad y calidad suficiente, competencia del paciente, y autenticidad de sus decisiones, como elementos fundamentales.

Tradicionalmente el consentimiento informado se ha materializado haciendo firmar a los pacientes unos documentos o formularios impresos. En nuestro país, este hecho se va imponiendo en la práctica clínica diaria, sin que todavía ,generalmente, se lleve a cabo de una forma adecuada.

No simplemente por haber obtenido la firma del paciente en un papel, se ha cumplido con los requisitos que implica un consentimiento informado auténtico.

El consentimiento informado es un derecho humano fundamental; asistir tal derecho es una clara garantía de calidad asistencial.(1)

La información al paciente y el consentimiento informado es una exigencia legal, el principio del respeto a la persona – principio kantiano- pertenece a una concepción moral, en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral y, por tanto, en su libertad.(2)

Lejos queda aquella relación clínico- paciente paternalista basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente. (autoridad de Esculapio: todo para el paciente pero sin el paciente) Había entonces, la errónea tendencia a pensar que una persona en estado de sufrimiento no era capaz de una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma.(3)

El cambio no ha sido solamente en cuanto a información y autonomía del paciente sino que ahora en lugar de hablar de relación medico-paciente, desde las recién adquiridas responsabilidades independientes de la enfermería , que se ha erigido como garante de los cuidados y derechos del paciente, se habla de relación clínico-paciente o sanitario-paciente.

(Hay, además, una idea que – aunque obvia- tenemos que tener en mente: un paciente no es una entidad, ser paciente es un estado, por lo que cualquier persona es, en potencia, el objeto de los derechos que estamos tratando).

2-1.HISTORIA

En la lenta evolución de los Derechos Humanos a lo largo de la historia, es a partir del S. XVII cuando comienzan a contemplarse declaraciones explícitas con base en la idea contemporánea del “derecho natural” – teoría ética que postula la existencia de los derechos de las personas, fundados o determinados en la naturaleza humana, universales y superiores e independientes al ordenamiento jurídico positivo y al derecho fundado en el derecho consuetudinario–

Inglaterra incorpora, en 1679, a su Constitución la “Habeas Corpus Act” y la “Bill of Rights” –declaración de derechos- en 1689.

En Francia, como consecuencia de la Revolución, se hace pública, en 1789, la “Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano”, es decir, los derechos humanos fueron recogidos en las leyes – positivación - a raíz de las revoluciones burguesas de los siglos XVII y XVIII: la revolución inglesa, la revolución americana y la revolución francesa.

En 1927 el Convenio de Ginebra, prohíbe la esclavitud en todas sus formas, y los llamados Códigos de Malinas son intentos parciales de la conciencia pública por regular una seguridad mínima del respeto al individuo, habitualmente ignorado por los estados.

Como consecuencia de la I Guerra Mundial, la Sociedad de Naciones impulsó los convenios de Ginebra sobre seguridad, respeto y derechos mínimos de los prisioneros de guerra.

En 1931 en Alemania, bajo el título “Directivas concernientes a las terapias nuevas y la experimentación científica en el hombre”, en cuyo capítulo 12 se prohíbe la experimentación en los casos en los que no se hubiera obtenido el correspondiente consentimiento; éste

mismo artículo excluía, además, de la experimentación, a los menores de 18 años y a los moribundos. (4)

Como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la "higiene racial" y de los campos de concentración nazis , en 1948, tras la II Guerra Mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el documento "Declaración Universal de los Derechos Humanos" – conjunto de normas y principios, garantía de la persona frente a los poderes públicos- que recoge en sus 30 artículos, los derechos humanos considerados básicos.(5)

El Código de Investigación de Nüremberg dice en su párrafo inicial que el consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial.(6) Dicho código tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado

El derecho español se ha incorporado también al conjunto de problemas que plantea el deber de informar por parte de los profesionales sanitarios.

Antes, la relación médico-paciente era vertical, el médico desempeñaba el papel de tutor y el enfermo el de desvalido –enfermo proviene del latín "infimus" que significa débil, sin firmeza, pero no solo física sino también debilidad moral, y por tanto incapaz de una decisión libre y clara- de ahí que tradicionalmente se haya prescindido de su parecer.

Era una medicina paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente – autoridad de Esculapio- "todo para el paciente pero sin el paciente"; en algún momento de la historia se produjo un "deslizamiento" y del juramento de no dañar ni perjudicar al paciente se pasó incluso a la experimentación, en muchos casos.

El concepto de "derecho humano" es relativamente joven, esto no significa que haya surgido hace poco, lo que sí es reciente son los instrumentos que garantizan su vigencia y respeto.

2-2.ÉTICA

La ética es una rama de la filosofía que se ocupa del estudio racional, la virtud y el deber y requiere de la reflexión y la argumentación.

Ética no es lo mismo que moral, pues la moral se fundamenta en la costumbre.

Una sentencia ética es una declaración normativa, contiene términos como: correcto, incorrecto, obligatorio, permitido...referidos a una acción.

La ética tiene por objeto los actos que las personas realizan de modo consciente y libre.

La ética se relaciona con la antropología, el derecho, la psicología... Como rama de la filosofía está considerada como una ciencia normativa, distinguiéndose así de las ciencias formales como las matemáticas y la lógica, y de las ciencias empíricas como la física y la química.

"Lo ético no sólo se refiere al carácter de las personas y de las organizaciones sino también responde a la obligación de obedecer a las normas que son expectativas de comportamiento generalizado de una sociedad y que permiten que en la misma se desarrollen estas regularidades de comportamientos que constituyen su estructura. Para establecer un criterio de justicia es necesario asumir un punto de vista moral, una perspectiva que no se identifica con ninguno de los usos y costumbres vigentes aunque esté conectado con ellos que es el de: *Universalidad*"(7)

Siempre que nos refiramos a ética hablaremos de una ética separadas de las éticas de las distintas religiones; es mas una ética de la naturaleza.

Aquí hablaremos, normalmente de la ética deontológica, de una ética aplicada que es la que se ocupa de estudiar cuestiones morales concretas y a veces controversiales como puede ser la eutanasia y la bioética, los valores morales que debían guiar a los profesionales.

La deontología profesional tiene dos vertientes: la primera : qué valores deberían guiar a los profesionales, es una disciplina normativa y filosófica; la segunda: estudiar los valores que, de hecho, guían a los profesionales, es una ética descriptiva y por lo tanto científica, y es la que compete al presente trabajo. Es además una ética laica o secular pues se basa únicamente en facultades humanas como la lógica y la razón frente a una ética religiosa.

Así pues hablamos de una ética laica, deontológica y legislada.

Cualquier ley moral o jurídica, regula siempre las relaciones interpersonales incluyendo las que se establecen con quien la impone.

“Como hasta las mas laicas de las ciencias humanas nos enseña, son los demás, en su mirada lo que nos define y nos conforma. Nosotros- de la misma forma que no somos capaces de vivir sin comer ni dormir- no somos capaces de comprender quien somos sin la mirada y la respuesta de los demás...” (8)

3.OBJETIVOS

Los valores profesionales y la función enfermera tienen unas claras competencias generales que son:

Proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, la familia y la comunidad, ejerciendo con responsabilidad y profesionalidad.

Actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, asegurando que la aplicación de éstos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de la persona.

La práctica enfermera supone también emitir juicios y tomar decisiones clínicas sobre la persona objeto de los cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, y confidencialidad, garantizando también la decisión del paciente y la familia en nuestro marco legal.

Conocer la legislación y el código ético y deontológico enfermero.

Los **objetivos** del presente estudio son:

- 1- Exponer el estado actual de la legislación en nuestro país en cuanto a información al paciente.
- 2- Revisar los conceptos de ética, responsabilidad legal y la deontología como marco para el ejercicio profesional.

4.METODOLOGÍA

Metodología seguida:

En primer lugar se hace un recorrido por las corrientes teóricas de la historia y la ética referida a los derechos humanos, a través de la búsqueda bibliográfica en internet de libros y artículos con las palabras clave:

- Ética
- Ética contemporánea
- Derechos humanos
- Historia de los derechos humanos
- OMS

Búsqueda de bibliografía sobre la información en el medio hospitalario en bases de datos clínicos como: pubMED, Documed, Medline, Scielo. Con las palabras clave:

- Información pacientes
- Información medio hospitalario.
- Información consentimiento informado

Búsqueda de bibliografía sobre la actualidad legal de la materia que nos ocupa y las reclamaciones que han podido llegar a crear jurisprudencia; en bases de datos jurídicas como: WestLaw, BOE, Información Jurídica. Con palabras clave:

- Denuncias falta información
- Denuncias clínicas.
- Constitución española
- Ley derechos fundamentales
- Códigos deontológicos.

Se une, además, una reflexión personal desde la observación y la experiencia de más de 15 años en el medio hospitalario.

5.DESARROLLO

5-1.INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Todas las acciones de los sanitarios han de ir encaminadas hacia el bien del paciente cumpliendo con los principios básicos que conforman su ética: beneficencia, no maledicencia, justicia y autonomía (es en éste último donde se ve incluido el deber de informar).

5-1.1.PRINCIPIOS BÁSICOS:

BENEFICENCIA- Este principio junto con el de no maleficencia, se encuentra recogido en los principios fundamentales hipocráticos. Se centra en acciones de salud positivas y en el logro de mayores resultados beneficiosos que perjudiciales: "...Al visitar una casa entraré en ella para bien de los enfermos"

NO MALEFICIENCIA- Se preocupa de no infligir daño y reconoce un modelo de cuidados

JUSTICIA- Es un principio fundamental de la democracia, es el principio de igualdad ante la ley e implica que todos debemos cumplir el mandato, no solo los órganos del Estado. El principio de justicia se relaciona con dar a la persona lo que le es propio: el derecho del ser humano.

AUTONOMÍA- Se considera al paciente como un individuo autodeterminado, capaz de tomar decisiones fundadas apoyadas en una información veraz. Este principio no se encuentra entre los hipocráticos, antes bien los principios hipocráticos se caracterizan por su paternalismo "... dirigiré la recuperación de los pacientes en la medida de mis fuerzas y de mi juicio"(9)

5-1.2.INFORMACIÓN DURANTE EL INGRESO:

La relación clínica debe basarse en la confianza mutua, la comunicación, la información y el respeto a la persona.

La enfermera/o ha de intentar conocer las creencias y puntos de vista del paciente, mantener una actitud respetuosa, descubrir los motivos de preocupación sobre su proceso. Dedicar el tiempo suficiente para conocer su concepto de calidad de vida, su familia y ayudar a crear y mantener una buena relación básica para informar adecuadamente.

Tanto en la literatura científica como en la jurisprudencia y en las encuestas de satisfacción a pacientes, aparece la falta de información recibida como uno de los motivos de insatisfacción y queja en los hospitales.(10)

Durante el ingreso, más allá de la toma de una determinada decisión, se habla de una información terapéutica, con una función vital pero poco conocida y con una trascendencia jurídica evidente. La información se convierte así en un instrumento necesario dentro de la actividad curativa.

En nuestra cultura la familia asume ancestralmente el derecho a la información por encima del propio paciente y en muchos casos exige al sanitario que oculte la verdad o mantenga una actitud paternalista con el enfermo.

Las malas noticias son consideradas, en ocasiones, perjudiciales para el paciente, sin embargo desde la ética y la legalidad no se puede engañar al paciente o no se puede dejar de informarle acerca de su salud - a no ser que el mismo paciente así lo haya solicitado-

La buena práctica clínica exige establecer un plan terapéutico ajustado a cada persona.

El derecho a la información no siempre ha de concebirse como condición a una decisión previa a un tratamiento terapéutico, sino que obedece al derecho de conocer su estado de salud y proceso en todo momento; de ahí el derecho de recibir informe de alta al finalizar su estancia hospitalaria.

El consentimiento será verbal por regla general y en lo que compete a enfermería.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes:

Intervención quirúrgica

Procedimientos terapéuticos y diagnósticos invasores

En general aplicación de procedimientos con posible repercusión negativa

Si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen y pueden ser utilizados en un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud, será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la correspondiente aceptación de la Dirección del centro Sanitario. (1)

El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

A QUIEN INFORMAR: Al paciente, pues es el objeto del derecho y ha de ejercerlo personalmente siempre que sea posible; si no lo fuera, se informará a sus familiares o allegados tal y como establece la ley 41/2002 en su artículo 5 del capítulo II: " El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal."

QUIEN DEBE INFORMAR: La información tiene por misión situar al paciente en condiciones de tomar una decisión libre y esa decisión solo puede alcanzarse de forma adecuada si se recibe la información correcta y suficiente por parte del personal sanitario, después de definidas las responsabilidades de cada uno de los componentes del equipo sanitario en particular.

Corresponde a la enfermera/o la transmisión de información que compete a su marco de actuación, en el ámbito de la salud, y por el que tendrá que responder legalmente.

Debe también contestar a todas las preguntas y dudas del usuario y/o familiares así como a respetar las decisiones adoptadas por éste; siempre dentro de sus competencias.

QUÉ SE DEBE DECIR: Se debe aportar toda la información disponible y la que sea requerida por el usuario.

Decir siempre al paciente que es libre de elegir y de cambiar su decisión.

Sería necesario, en mi opinión, que se facilitase información estadística, ayuda a tener una visión mas real y racional del problema

ayudando a una mayor objetivización y a una cierta separación de lo emocional deseable en momentos de decisión.

Enfermería debe conocer la información que el médico va a proporcionar al paciente y la recabada por el resto del equipo sanitario, pero debe informar sobre las actuaciones enfermaras.

Enfermería es el referente para el paciente y es la persona que tiene que procurar un entorno de confianza, ha de ser conocedora de todo lo que está relacionado con la salud el bienestar y la seguridad del enfermo y su familia.

CÓMO SE DEBE DECIR: La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará de forma comprensible y adecuada; las frases cortas y directas suelen ser siempre de elección pues nuestro objetivo es la claridad

Enfermería debe ser sensible a la respuesta del paciente; la información sobre noticias desagradables y procesos graves debe enfocarse hacia la disminución de la angustia. Los procesos de enfermedad no son sufridos únicamente por el paciente, sino que son procesos familiares, por lo que el entorno y circunstancias, en ese caso, han de ser elegidos y acordados.

Es recomendable que la información sea aportada de modo progresivo, así como que el paciente tenga opción a preguntar y resolver dudas.

Informar es un proceso, siempre hay que aportar la información y escuchar con atención para resolver dudas.

5-2.FRMULARIOS

Hay dos modos de obtener el consentimiento informado: verbal y escrito –a través de los formularios preexistentes – y algo que no debemos olvidar es que de una forma u otra la validez del consentimiento se extenderá hasta donde haya llegado la información.

En la inmensa mayoría de los actos clínicos el consentimiento verbal es suficiente, pero se dan ocasiones en las que hay que solicitar el consentimiento por escrito, estos casos están recogidos por la ley.

El profesional que va a realizar la técnica es quien debe obtener el consentimiento informado, no se puede delegar esta tarea. El formulario ha de entregarse con un cierto tiempo antes de solicitar su cumplimentación, para que el usuario pueda meditar, consultar con sus familiares y pedir aclaraciones si las necesitara.

En el anexo se encuentran algunos ejemplos de formularios de autorización para técnicas de riesgo, así como consentimientos para ceder datos clínicos e imágenes clínicas para que puedan ser utilizadas para sesiones clínicas, conferencias, congresos y publicaciones científicas.

Se han incorporado también guías de información general para pacientes y familiares, y algunas en diferentes idiomas.

Sin embargo, en mi opinión, se echa de menos una información vital para la toma de decisiones y es la referencia estadística, con la que ponderar objetivamente las posibles situaciones en el caso de actuar, tomar una vía alternativa o no actuar.

5-3.RECOMENDACIONES A LOS POSIBLES CONFLICTOS

Debemos poner especial atención en que la información facilitada no sea sesgada, sobre todo cuando el profesional tiene preferencia por alguna alternativa de actuación, de lo contrario se podría forzar una determinada respuesta o no aceptar bien la decisión del paciente.

En nuestro país, en la casi totalidad de los centros hospitalarios están implantados los formularios de consentimiento informado, pero para que estos documentos sean legales tienen que preceder, a su firma, una auténtica y veraz información, por sí solos no tienen validez jurídica.

El personal médico es responsable de que el consentimiento cumpla con los requisitos legales, y el personal de enfermería es igualmente responsable de que éstos se cumplan, ya que ha de velar siempre por el cuidado y protección del paciente y sus derechos.

El proceso de información es obligatorio pero ha de cumplirse con él en un ambiente de colaboración; es ayudar al paciente en la toma de una decisión.

Incluso en aquellos casos de tratamientos sanitarios obligatorios por razones de salud pública, en los que no se requiere consentimiento, la información es obligatoria y exigible.

Enfermería se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual se fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente. (11)

5-4.CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACION Y LÍMITES A LA SOLICITUD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La ley contempla situaciones, siempre excepcionales, en las que la actuación sanitaria no está supeditada a un consentimiento escrito, no así a la información que sí debe ser facilitada; salvo en el caso de rechazo explícito de la información por parte del paciente; sin perjuicio de la obtención de su consentimiento por escrito.

- Situación de urgencia vital.

- Grave peligro para la salud pública.(L. O. 3/1986)
- Incompetencia del paciente.
- Imperativo legal.

Se otorgará el consentimiento por representación:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente
- Pacientes menores de 16 años. (12)

6.CONCLUSIONES

Después de todo lo visto hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1- Una vez expuesto el estado actual de la legislación podemos concluir que en nuestro país la información está bien protocolizada y legalmente cubierta.

2- La enfermería cuenta con la deontología enfermera, los conceptos de ética y responsabilidad legal como marco de actuación.

Sería importante, en nuestra opinión, añadir en los formularios una información vital para la toma de decisiones: la referencia estadística, con la que ponderar objetivamente las posibles situaciones en el caso de actuar, tomar una vía alternativa o no actuar.

La legislación es el primer paso que lleva al cambio positivo de la moral que conforma una cultura.

7.BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La información y el consentimiento informado. ISBN: 84-89342-01-6
- 2 - Aramayo RR, Fundamentación para una metafísica de las costumbres. Madrid: Alianza Editorial, SA; 2002.
- 3 -Galán JC. Responsabilidad médica y el consentimiento informado Rev.Med.Urug.1999 Abril. [acceso 27 de marzo de 2013];15: 5-12.
Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999/>
- 4 - Benaroya J, Benaroya S, Benaroya M, Carrazco JL. Importancia del consentimiento informado [sede web] Argentina: Abogados de Mendoza; 2007[acceso 3 abril 2013]. Disponible en:
[http://www.abogadosdemendoza.com/files/consentimiento informado.doc](http://www.abogadosdemendoza.com/files/consentimiento_informado.doc).
- 5 - Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948
- 6 -Buenas tareas [sede web].Lima:AGRB; mayo 2012[acceso 3 abril 2013]
Ensayos y Documentos.[8 páginas]. Disponible en: [http:// www.buenas tareas.com/ensayos/Codigode Nuremberg/524575.html](http://www.buenas tareas.com/ensayos/Codigode Nuremberg/524575.html)
- 7 - Cortina A. Hasta en un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad. Madrid: Taurus; 1998.
- 8 - Eco U. En qué creen los que no creen? Un dialogo sobre la ética en el fin del milenio. 4ª ed. Madison: Temas de hoy; 1999.

9 – Rancich A. Análisis de los principios éticos en juramentos médicos utilizados en las facultades de medicina en relación al hipocrático. Medicina [revista en internet] 1998 [acceso 9 abril 2013];58 (2):[147-152].

Disponible en:

<http://www.medicinabuenosaires.com/revista/vol58/juramentosmedicos.html>

10- Guerrero Zaplana J. Las reclamaciones por las defectuosas LA asistencia sanitaria. 2ª ed. Valladolid: Lex Nova; 2002.

11 - Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería, (Revisión 2012).

12 Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. LEY 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).

OTRA BIBLIOGRAFÍA

- Constitución española. De 27 de diciembre 1978. Boletín Oficial del Estado, nº311, (29-12-1978).

- Consejo General de Enfermería de España. Código deontológico de la enfermería española. Resolución nº 32/1989 y 2/1998 . Madrid: CGE; 1999.

Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Boletín Oficial de Estado, nº 301, (17-12-2003)

- Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki-Tokio. Helsinki: World Medical Association;1964-1975.
- Eco U. Cinco escritos morales. Barcelona: Debolsillo; 1997.
- Feito L. Ética profesional de enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC; 2000
- Amaro Cano M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2004; 20(3).
- Galán J. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Revista médica de Uruguay[revista en internet] 1999 [acceso 10 de abril de 2003]; 15(1). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy>
- Arroyo M, Serrano, A. Ética y legislación en enfermería. Madrid: Interamericana; 1998.
- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Triacastella; 2007.
- Barreda I. La constancia de la información verbal en la historia suple el consentimiento [revista en internet] 2009 [acceso 10 de abril de 2013]; 161. Disponible en: <http://www.actualderechosanitario.com/>
- Estados miembros del Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Oviedo: Consejo de Europa; 1997.
-

8.ANEXO

En el presente anexo se recogen unos ejemplos de impresos de:

- Consentimientos o autorizaciones de pruebas clínicas de riesgo.
- Consentimiento para la grabación, conservación y transmisión de imágenes clínicas, con fines científicos y de docencia.
- Guías de información general para pacientes ingresados y acompañantes.
- Guía informativa para pacientes del bloque quirúrgico.



HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO
"LOZANO BLESA"

Avda. San Juan Bosco, 15
50009-ZARAGOZA

1º Apellido: _____

2º Apellido: _____

Nombre _____ nº Historia

Fecha _____ Cama: _____ Servicio _____

AUTORIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE RIESGO

AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE RIESGO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS EXTRAARTICULARES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que le se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la fijación de los extremos del hueso roto mediante la colocación de tornillos, placas, clavos, agujas, varillas metálicas o fijadores externos.

El objetivo de la intervención consiste en poner en contacto los dos extremos del hueso en la posición más favorable para que puedan unir.

El procedimiento precisa anestesia general, del brazo o de la cintura para abajo. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de fractura, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Según el tipo de fractura puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida, debidas a la cirugía o a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas, meses, o hacerse continuas.

Generalmente se colocará algún tipo de inmovilización durante un cierto periodo de tiempo. También puede precisar reposo en cama algún día o bien caminar sin apoyar dicha pierna. Recibirá instrucciones sobre los movimientos a realizar o evitar y como utilizar las muletas en el caso de que las precise.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar con el tiempo, dependiendo de la realización correcta y

continua de los ejercicios de rehabilitación, de la voluntad que ponga y de su naturaleza en la producción de cicatrices.

3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la fractura de pueden ser:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.
- Pérdida de fijación de la fractura, que puede romper el material de fijación, generalmente por falta o retardo de consolidación. Puede necesitar la colocación de otro implante metálico, añadiendo o no hueso de otra parte.
- Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- Lesión de los nervios de la extremidad que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- Aparición de calcificaciones alrededor de la fractura, que pueden limitar la movilidad y requerir otra intervención para extirparlas.
- Pérdida de movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, que puede ir acompañada o no de descalcificación de los huesos e inflamación importante de la zona (atrofia ósea).
- Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material colocado en la primera, una vez que ha cumplido su misión.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona fracturada hacia el extremo del miembro, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), bajada de la tensión arterial al realizar la fijación del implante de la cadera, que puede conducir al paro cardíaco, fallo renal por compresión de la pierna contraria, consolidación en mala posición, rotación, alargamiento o acortamiento de la extremidad, penetración de clavos o tornillos en la articulación, desgaste del hueso que está por encima de la prótesis y luxación de la misma, reacción alérgica / toxicidad debida al material implantado, irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea) que conlleva la necesidad de extirparla.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

.....

.....

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto la fractura se podrá tratar mediante la alineación de los huesos e inmovilización con una escayola y en otros casos con la colocación de una tracción, hasta que pague su fractura.

CONSENTIMIENTO

D. / Dñamanifiesta que ha recibido información suficiente y en términos comprensibles para tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad y **presta su consentimiento y autorización** a la práctica de la intervención reseñada.

En Zaragoza adede

Firma del Médico
(nº colegiado)

Firma del paciente o representante legal

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

D. / Dña decido no dar mi consentimiento para que se efectúe la intervención reseñada. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que esta decisión pudiera ocasionar sobre la evolución del proceso

En Zaragoza a dede

Firma del paciente o representante legal

REVOCACIÓN

D. / Dña, retiro mi consentimiento prestado anteriormente, sin que sea necesario aducir justificación alguna.

En Zaragoza adede

Firma del paciente o representante legal

<p>salud servicio aragonés de salud</p> <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÀ</p> <p>Avda. San Juan Bosco, 15 50009 Zaragoza</p>	<p>1.º Apellido _____</p> <p>2.º Apellido _____</p> <p>Nombre _____ N.º Historia <input type="text"/></p> <p>Fecha _____ Cama _____ Servicio _____</p>	CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN
--	--	---

CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSMISIÓN DE IMÁGENES CLÍNICAS

Don/Doña.:de..... años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en:y DNI:.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.de..... años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en:y DNI:.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de.....de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

MANIFESTACIÓN

Que el DOCTOR/A.....
me ha explicado que, con fines científicos y de docencia, se va a proceder a la grabación,
conservación y transmisión de imágenes correspondientes a:
.....
(Prueba diagnóstica o intervención que se va a realizar)

y autorizo a que dichas imágenes puedan ser utilizadas en sesiones clínicas, conferencias,
congresos y publicaciones científicas.

Se me ha informado que durante la realización de la exploración, además del personal
facultativo y auxiliar que la realicen, podrán estar presentes profesionales de igual categoría,
con el objetivo de aprender la técnica empleada y ello, con independencia del personal
necesario para la grabación y transmisión de las imágenes.

Se me ha indicado que, en todo momento, se preservará la confidencialidad y se respetará mi
intimidad y anonimato, no figurando ningún dato que pudiera identificarme en ninguna
comunicación o publicación.



HOSPITAL CLINICO
UNIVERSITARIO
"LOZANO BLESÀ"

Avda. San Juan Bosco, 15
50009-ZARAGOZA

1º Apellido:

2º Apellido

Nombre nº Historia

Fecha 07/05/2013 Cama: Servicio

AUTORIZACIÓN DE TÉCNICAS
DE RIESGO

AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE RIESGO

TORACOCENTESIS Y/O BIOPSIA PLEURAL PERCUTÁNEA CON AGUJA

DECLARO

Que el Doctor/a del Servicio de con nº Colegiado , me ha informado y explicado que es conveniente y necesario proceder, en mi situación, a una **Toracocentesis y/o Biopsia Pleural Percutánea con Aguja**

1.- **Toracocentesis** es una técnica que tras puncionar el tórax con una aguja o un trocar fino, permite la extracción de una muestra de líquido de la cavidad pleural para analizarla a fin de aproximarnos a un diagnóstico etiológico de la enfermedad y/o aliviar los síntomas del derrame pleural. En ocasiones, previamente, puede precisarse el uso de una exploración ecográfica del tórax para localizar la zona más adecuada a la punción. La **Biopsia Pleural Percutánea con Aguja** permite obtener un pequeño fragmento de tejido de la pleura parietal costal. La no realización de estas técnicas puede dificultar o imposibilitar el adecuado diagnóstico y/o tratamiento.

Esta exploración puede ser filmada con fines científicos o didácticos, con respeto absoluto a su intimidad personal y garantizando el máximo de confidencialidad. Es importante que sepa que Usted tiene derecho a negarse a esta filmación.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, hace necesaria la anestesia local en la zona de la punción, con posibles riesgos como reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (fármacos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir otros procedimientos de urgencia e incluir un riesgo mínimo de mortalidad. Durante el desarrollo del estudio puede ser preciso el uso de radioscopia externa, lo que supondría exponerle a radiaciones cuyo riesgo es acumulativo con otras exploraciones radiológicas que pueda hacerse.

3.- La **Toracocentesis** se realiza con el paciente habitualmente sentado y tras desinfección de la zona de punción, se anestesia la zona y se realiza la punción con una aguja o trocar fino para obtener una muestra de líquido de la cavidad pleural para posteriormente realizar un estudio de su composición o para aliviar los síntomas que pueda estar ocasionados por el derrame. Para la **Biopsia Pleural Percutánea con Aguja** se realiza una pequeña incisión en la piel de un espacio intercostal, para introducir por ella una aguja de biopsia pleural hasta el interior de la cavidad pleural.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como infección de la zona de punción, hemorragia intra o extrapleural, hipotensión arterial, náuseas o mareos, dolor local o referido al cuello – hombro homolateral y neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón). Con menos frecuencia puede producirse punción involuntaria de hígado, bazo o riñón, edema pulmonar unilateral, siembra de células tumorales en el trayecto de la punción, si la enfermedad de base es de tipo neoplásico y otros más excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebro vascular agudo

que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico e incluyen un mínimo riesgo de mortalidad.

5.- El médico que me ha prescrito la prueba o el responsable de su realización me ha indicado la preparación recomendada previamente y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación no corregidos, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, como toma de anticoagulantes y/o antiagregantes, o cualquier otra circunstancia que pueda padecer y pudiera afectar a la realización de la toracocentesis y/o biopsia pleural percutánea con aguja.

Por mi situación vital actual (edad avanzada, EPOC e insuficiencia respiratoria, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, anemia, toma de anticoagulantes y/o antiagregantes, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como 6.- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado todas las dudas que le he planteado; me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. Comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la prueba; y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

D. / Dña. , manifiesta que ha recibido información suficiente y en términos comprensibles para tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad y **presta su consentimiento y autorización** a la práctica de la intervención reseñada.

En Zaragoza a de del 20

Fdo. y nº Col. del Médico que solicita

Fdo. y nº DNI del paciente o representante legal

REVOCACIÓN

D. / Dña. , retiro mi consentimiento prestado anteriormente, sin que sea necesario aducir justificación alguna.

En Zaragoza a de del 20

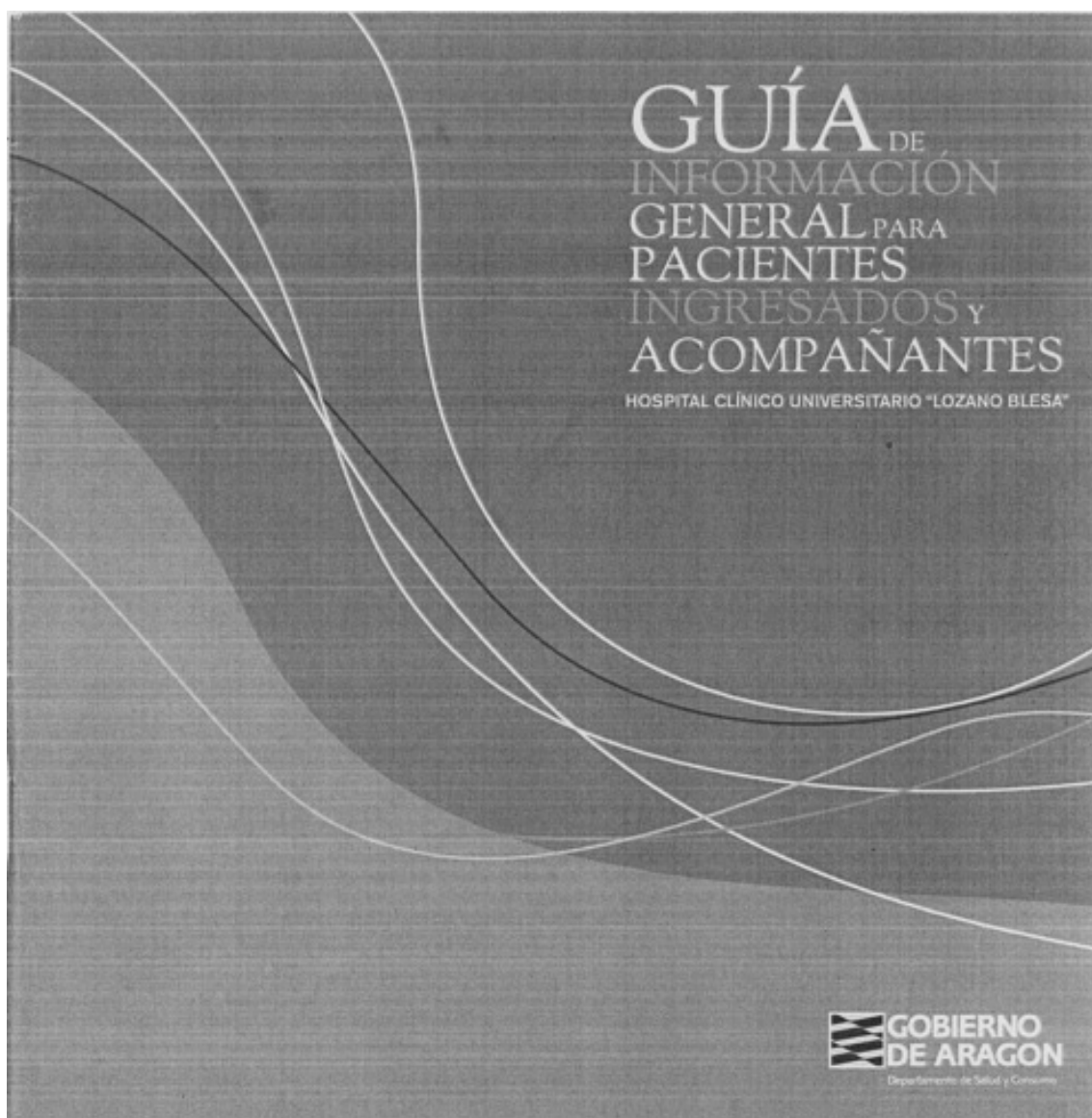
Firma y nº DNI del paciente o representante legal

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / Dña. decido no dar mi consentimiento para que se efectúe la intervención reseñada. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que esta decisión pudiera ocasionar sobre la evolución del proceso

En Zaragoza a de del 20

Firma y nº DNI del paciente o representante legal



Derechos

Carta de Derechos y Deberes

Este documento constituye un compromiso de la Administración Sanitaria Aragonesa con los usuarios del Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma y tiene como objeto difundir los derechos de los ciudadanos con respecto a las prestaciones y servicios sanitarios disponibles en Aragón, así como los deberes a los que están obligados como usuarios del Sistema de Salud.

Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud en la Comunidad Autónoma de Aragón

Todos los ciudadanos con residencia en municipios de Aragón pueden ejercitar estos derechos y deben cumplir con sus obligaciones. Las personas que no residen en nuestra Comunidad gozan de los mismos, en la forma y condiciones previstas en la legislación española y en los convenios internacionales que les sean de aplicación.

El Departamento de Salud y Consumo garantiza a los usuarios el acceso a los servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma en condiciones de igualdad, universalidad y calidad; con respeto a la personalidad, a la dignidad humana y a la intimidad; sin discriminación alguna por razón de etnia, religión, sexo, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal, económica o social. Todas las personas tienen garantizada la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

Derecho a la dignidad / confidencialidad / intimidad /

1

La dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad son principios que deben orientar toda la actividad sanitaria.

Toda persona tiene derecho a que se preserve su dignidad, intimidad y la confidencialidad de sus datos sanitarios.

Nadie puede acceder a los datos referentes a la salud del paciente sin estar previamente autorizado o implicado en su asistencia.

10

2. Derecho a la atención sanitaria /

Accesibilidad

La Ley garantiza la igualdad en las condiciones de acceso a los servicios sanitarios, y por ello los ciudadanos tienen derecho a:

- Recibir información sobre los servicios y las prestaciones sanitarias del Sistema de Salud a las que pueden acceder y de los requisitos necesarios para ello.
- Que se les asigne un médico que será su interlocutor principal con el equipo asistencial.

Información

El titular del derecho a la información es el paciente.

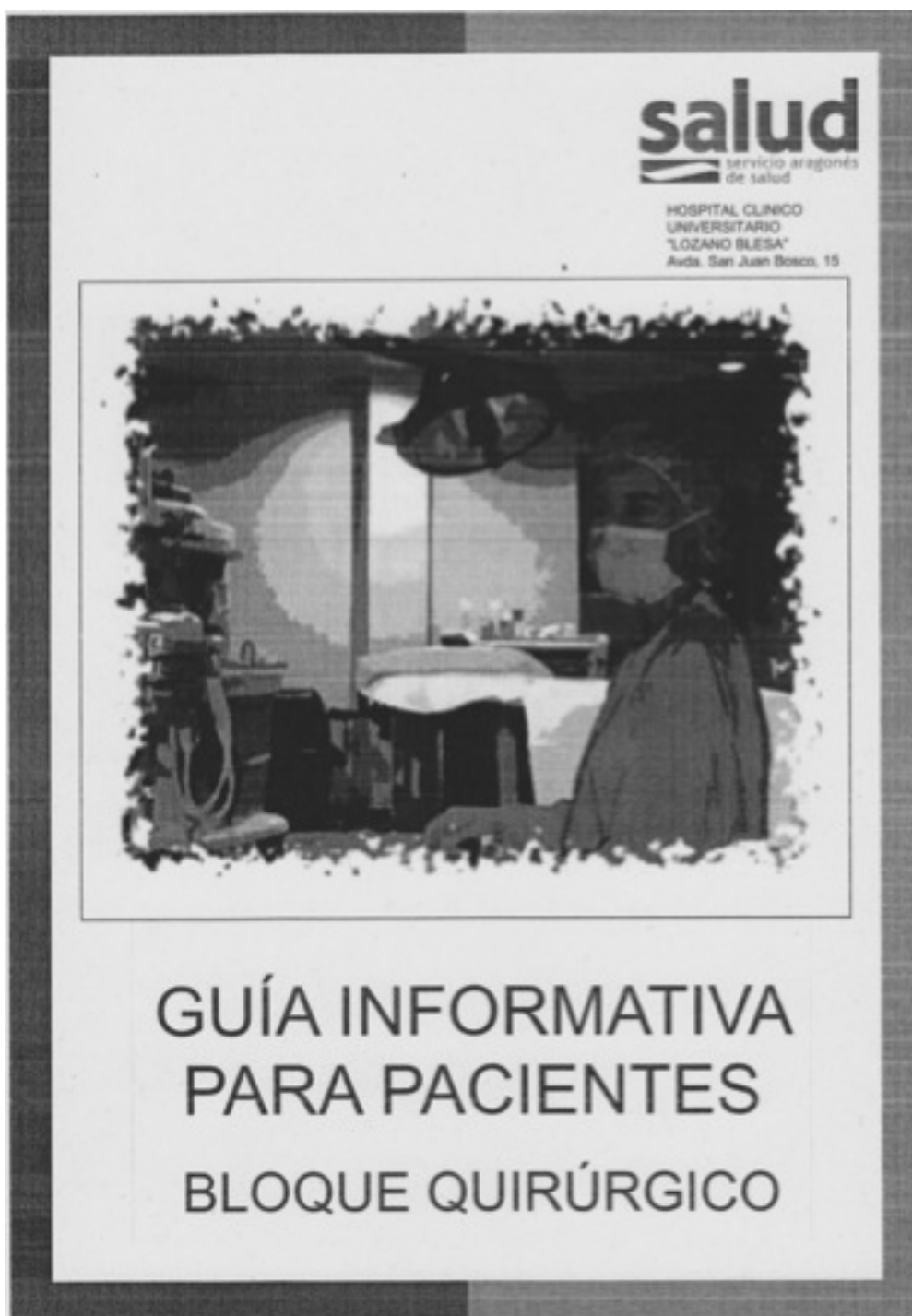
- Los profesionales que le atienden informarán al paciente de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, tratamiento y sus alternativas, en lenguaje comprensible.
- Del mismo modo, podrán ser informados los familiares o personas allegadas al paciente, cuando éste manifieste su conformidad de manera expresa o tácita.
- Toda persona tiene también derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

– La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceras personas, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

Asistencia sanitaria

Se garantiza a los usuarios del Sistema de Salud de Aragón el derecho a:

- Recibir una atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, mediante los servicios y prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios.
- Acceder a los tratamientos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, de acuerdo con los criterios básicos de uso racional.
- La libre elección de opciones que se le presenten por parte de los profesionales sanitarios.
- Negarse al tratamiento, con las salvedades previstas por la Ley. Dicha negativa deberá constar por escrito a los efectos de poder solicitar y firmar el alta voluntaria.
- La libre elección del profesional sanitario, del servicio y del centro, en la forma reglamentariamente establecida.
- Solicitar una segunda opinión médica con el fin de complementar las posibilidades de atención sanitaria, en los casos legalmente previstos.



¿Dónde me llevarán...?

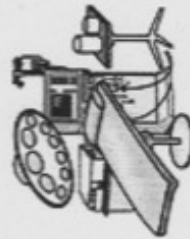


El día de la intervención, será trasladado desde su habitación a la **unidad de acogida** del Bloque Quirúrgico.



Allí será atendido por la enfermera de dicha unidad, que le identificará, canalizará un gotero, comprobará que su historia clínica está completa y le dará información y apoyo.

Una vez que todo esté preparado, lo llevarán al **quirófano** donde será recibido por todo el equipo quirúrgico: las enfermeras, los anestesiólogos y cirujanos.



Finalizada la intervención será trasladado a la **sala de despertar**, o a la **UCI** si su estado o tipo de intervención lo requiere. En la sala de despertar permanecerá junto con otros pacientes el tiempo necesario hasta su recuperación. Una vez repuesto de la anestesia regresará a su habitación.




¿Y mi familia...?

Su familia mientras dure la intervención quirúrgica deberá permanecer en la habitación. Allí será avisada telefónicamente para acudir a las salas de información del Bloque Quirúrgico (PB, P4ª, P-1) donde el cirujano les informará sobre el desarrollo de la operación.



Posteriormente esperarán en la habitación la llegada del paciente procedente de la sala de despertar. En caso de trasladarlo a la UCI, permanecerán en la sala de espera de dicha unidad.



- ■ ► ○ Folleto informativo dirigido a los usuarios de origen extranjero en el Servicio Aragonés de Salud
- ■ ► ○ Informative brochure of the Aragonian Health Service to foreign-origin users
- ■ ► ○ Brochure informative du Service de Santé d'Aragon adressée aux usagers d'origine étranger
- ■ ► ○ Buletin informativ pentru utilizatori străini ai Serviciului de Sănătate din Aragon
- ■ ► ○ نشرة إعلامية موجهة إلى المستخدمين ذوي الأصل الأجنبي في خدمة الصحة في أراغون
- ■ ► ○ 阿拉贡自治区外籍用户健康服务指导信息小册子

ADUNARE

Cofinancian:

GOBIERNO DE ARAGON