AAS2892

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS
ASISTENCIALES EN SALUD

NIVEL DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS" CARACAS, 2010.

Autora: Olga Figueroa de Quintero.
Asesor: Oscar Iván Silva

Caracas, Junio 2010.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

NIVEL DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RÍOS" CARACAS, 2010.

Autora: Olga Figueroa de quintero .
Asesor: Oscar Iván Silva.

Caracas, Junio 2010.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO: NIVEL DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RIOS. CARACAS.

Autora: Olga E Figueroa de Q.
Asesor: Oscar Iván Silva.
Año: 2010

RESUMEN

El paciente tiene derecho a recibir del médico la información necesaria y suficiente para tener una idea objetiva y correcta de su estado de salud, y así decidir sobre los procedimientos que habrán de seguirse en su caso. En la práctica se observa que esto no se cumple, especialmente en el sector público, en el cual es el médico quien decide por el paciente, quien a su vez le delega esta responsabilidad; esto dificulta que la relación médico-paciente se transforme de una relación vertical-paternalista a una relación horizontal que promueva y respete la autonomía del paciente. Se planteó determinar el nivel de aplicación del Consentimiento Informado (CI) a representantes de pacientes pediátricos hospitalizados, mediante una Investigación descriptiva, de campo, no experimental y transversal. La muestra fue no probabilística, finita e intencional. Se diseñaron dos encuestas: una para Médicos y otra para representantes, aplicadas a 40 Residentes, 22 Especialistas y 44 representantes. El nivel de aplicación del CI fue moderado; el grado de conocimiento sobre el CI y su práctica fue medio, tanto para Residentes como para Especialistas. La información del representante sobre el proceso salud/enfermedad fue limitada y confusa; se encontró discordancia entre la información del representante y la historia clínica. Se evidenció relación vertical-paternalista del acto médico y disociación entre la teoría y la práctica del CI por parte del médico. El diseño de instrumentos para la sistematización de CI verbal, contribuiria a romper la brecha entre la teoría y la practica.

Palabras clave: consentimiento informado, relación medico-paciente.

ACEPTACIÓN DEL ASESOR

Por la presente hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado, presentado por la ciudadana **OLGA EMIDA FIGUEROA de QUINTERO,** para optar al grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud, cuyo título es **"Nivel de aplicación del consentimiento informado en la atención de pacientes hospitalizados. Hospital de Niños "J.M. de los Ríos". Caracas, 2010."**, y manifiesto que cumple con los requisitos exigidos por la Dirección de los Estudios de Postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello: y que, por lo tanto, lo considero apto para ser evaluado por el jurado que se decida designar a tal fin.

En la ciudad de Caracas, en el mes de junio de 2010.

OSCAR IVAN SILVA

CI 2973389.

CERTIFICACIÓN DE UN INSTRUMENTO NUEVO VALIDADO PARA EL TEG

Por la presente, yo, **OSCAR IVAN SILVA**, CI 2973389, en mi calidad de asesor del Trabajo Especial de Grado **"Nivel de aplicación del consentimiento informado en la atención de pacientes hospitalizados. Hospital de Niños "J. M. de los Ríos". Caracas, 2010."**, presentado por el alumno **OLGA EMIDA FIGUEROA de QUINTERO**, CI 4590930, certifico que como parte de la Realización de dicho Trabajo Especial de Grado, se ha validado un nuevo instrumento, con el concurso de tres (3) profesores (Profas. Beatriz Narváez, Teodoro Campos y Gladys Velásquez), el cual ha sido denominado ENCUESTA PARA MÉDICOS y ENCUESTA PARA REPRESENTANTES, dadas las necesidades particulares de la presente investigación, y no contar con un instrumento que respondiese a las exigencias grupales para analizar el conjunto de resultados esperados, con base en los objetivos trazados, y pudiese permitir observar este conjunto de variables en su comportamiento global.

En la ciudad de Caracas, junio de 2010.

OSCAR IVAN SILVA

CI 2973389.

DEDICATORIA.

Este Trabajo Especial de Grado deseo dedicárselo al Hospital de Niños "José Manuel de Los Ríos", de Caracas, con la esperanza de que los resultados aquí obtenidos contribuyan a mejorar la atención asistencial y hospitalaria de nuestros niños, quienes son nuestra razón de ser.

AGRADECIMIENTOS.

Al personal directivo y profesional (Médicos, Adjuntos y Residentes) del Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos", de Caracas, por la colaboración prestada en pro de la realización de este Trabajo Especial de Grado.

A las madres o representantes de los pacientes hospitalizados porque, a pesar de encontrarse viviendo momentos difíciles por las condiciones de salud de sus hijos, dedicaron parte de su tiempo a responder el instrumento.

A la Comisión de Bio-Ética, en especial en la persona de la Dra. Gladys Velásquez, por su dedicación en la revisión del Proyecto de Investigación y en la validación del instrumento utilizado.

A la Profesora Beatriz Narváez por haber creído en este proyecto

Al Asesor, Prof. Oscar Iván Silva, por sus desinteresados aportes al desarrollo de esta investigación

A la Doctora, profesora y amiga Carmen Correa quien siempre ha estado allí orientándome y ayudándome a alcanzar mis metas.

A mis amigos que me apoyan, creen en mi, celebran mis alegrías y me acompañan en mis tristezas; ellos saben quienes son.

A mi familia, esposo e hijos, por su comprensión al compartir parte del tiempo cotidianamente dedicado a ellos y por su colaboración en la realización de este Trabajo.

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES	PAGINAS
Contraportada	ii
RESUMEN	iii
Aceptación del Asesor	iv
Certificación Instrumento	v
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
• El problema	3
• Objetivos	5
• Justificación	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
• Bases Teóricas	7
• Aspectos Legales	13
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
• Tipo y diseño de la investigación	20
• Población y muestra	20
• Recolección, procesamiento y análisis de datos	21
• Procedimientos de la investigación	22
• Aspectos éticos y legales	23
CAPÍTULO IV MARCO ORGANIZACIONAL	
• Reseña Hospital de Niños "J.M. de los Ríos"	24
CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
• Encuesta Representantes	26
• Encuesta Médicos	35
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
• Conclusiones	46
• Recomendaciones	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ASPECTOS	PÁGINAS
Tabla 1	28
Gráfico 1	29
Nivel de aplicación del Consentimiento Informado, según porcentaje de respuestas afirmativas de los representantes. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.	
Tabla 2	30
Gráfico 2	30
Diagnósticos conocidos por los representantes en relación al total de los diagnósticos consignados en las Historias Clínicas .Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.	
Tabla 3	34
Gráfico 3	34
Comparación entre la referencia del representante de haber firmado la historia y la evidencia de la misma en la Historia Clínica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.	
Tabla 4	36
Gráfico 4	38
Grado de conocimiento de los Residentes sobre Consentimiento Informado, según Escala tipo Likert. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.	
Tabla 5	38
Gráfico 5	40
Grado de conocimiento de los Residentes sobre Consentimiento Informado, según Escala tipo Likert. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010.	
Tabla 6	41
Gráfico 6	46
Comparación del grado de conocimiento sobre el Conocimiento Informado entre Residentes y Médicos Especialistas, según puntuación promedio. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010.	

INTRODUCCIÓN

Todo usuario de los sistemas de salud tiene derecho a que el profesional le dé la información necesaria y suficiente para que él pueda hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud y sea capaz de decidir sobre los procedimientos que habrán de seguirse en su caso concreto. (Gracia, 2001)

En la práctica diaria se observa que esto no se cumple, sobre todo en el sector público de salud, en el cual es el médico quien decide por el paciente quien a su vez le delega esta responsabilidad dificultando que la relación médico-paciente se transforme de paternalista-vertical a una relación horizontal que promueva y respete la autonomía del paciente.

El formato de historia clínica del Hospital de Niños J. M. de los Ríos que data de 1958 tiene, al reverso de su página frontal, un aparte titulado Autorización y Exoneración de responsabilidad por egreso que firma el representante del paciente (anexo A). Esto es lo que supuestamente correspondería a Consentimiento Informado (CI) escrito; sin embargo no expresa o aclara que el paciente o su representante fueron informados y, generalmente se hace firmar mecánicamente y bajo coacción; en algunos casos el paciente egresa y no está firmada la historia. Es por esto que se plantea responder a las preguntas: ¿Cuál es el nivel de aplicación del CI en la atención de los niños hospitalizados en el Hospital J M de los Ríos?, ¿Cuál es el grado de conocimiento del médico sobre el CI y su práctica?, ¿Qué información tiene el representante del paciente sobre la enfermedad, tratamiento, procedimientos y pronóstico relacionados con la misma?, ¿Existe concordancia o no entre la información de que dispone el representante y la reportada en la historia clínica?

En este Trabajo Especial de Grado se pretende hacer un diagnóstico de la fase informativa del CI para lo cual se diseñaron dos modelos de Encuestas,

una para aplicar a médicos y otra para madres o representantes (anexo B y C). En el cuerpo del trabajo se describen, en el Capítulo I el planteamiento, los objetivos y la justificación del estudio; en el Capítulo II se describe el marco teórico; en el Capítulo III el marco organizacional; en el CapítuloIV el marco metodológico; en el Capítulo V el análisis y discusión de los resultados: Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones; luego las Referencias y para finalizar, los Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El derecho a la vida no solo significa que nadie puede quitársela, en este derecho se integra el derecho a la salud, que nadie está autorizado a vulnerar la integridad física o psíquica de las demás personas. Lo mismo cabe decir del derecho a la propiedad o de la libertad de conciencia.

El cambio de estos últimos años es que los seres humanos tenemos otro derecho civil y político directamente relacionado con la salud, además del ya conocido derecho a la integridad física, psíquica y moral como es el derecho a la autonomía y autodeterminación, traducido este derecho en el consentimiento informado. Todo usuario de los sistemas de salud tiene derecho a que el profesional le dé la información necesaria y suficiente para que él pueda hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud, y sea capaz de decidir sobre los procedimientos que habrán de seguirse en su caso concreto.(Gracia, 2001).

En nuestra práctica observamos que esto no se cumple, sobre todo en el sector público de salud, en el cual es el médico quien decide por el paciente, quien le delega esta responsabilidad, dificultando que la relación médico-paciente se transforme de paternalista-vertical a una relación horizontal que promueva y respete la autonomía del paciente. La queja mas frecuente de los pacientes y familiares, especialmente en hospitales e instituciones del sector público, es la relacionada con la deficiente y a veces inexistente comunicación del médico con el paciente y la familia. Galán Morera (2006) en sus reflexiones sobre indicadores directos e indirectos de Calidad en Salud,

considera que la información es una variable indirecta de Calidad y menciona:

> ...el médico debe suministrar al paciente y sus familiares, la información que considere pertinente a la luz del ejercicio ético de la profesión médica, en aspectos relacionados con el diagnóstico, estado de salud, exámenes para clínicos a realizar, procedimientos terapéuticos y sus riesgos, evolución esperada y pronóstico desde el punto de vista de curación, mejoría, incapacidad, invalidez y riesgo de muerte. (p179).

Así como la base de la relación médico-paciente es la información y por ende el CI, verbal o escrito según el caso, la calidad de esa información se refleja en calidad de atención de la Institución y debe ser tomado como indicador de Gestión de Calidad.

El derecho al CI es tan reciente que no se conocen bien sus límites. De allí que surjan varias preguntas difíciles de contestar certeramente: ¿Qué se entiende por informar al paciente? ¿Supone decirle todo lo que el médico sabe o leerle íntegramente la descripción de la enfermedad? ¿Hasta donde decide el paciente? ¿Cuál es el papel del médico? La falta de respuestas concretas a estas preguntas ha llevado a los médicos a asumir la responsabilidad de decidir por el paciente; independientemente que el CI sea un derecho del mismo.

El formato de historia clínica del Hospital de Niños J.M. de los Ríos, que data de 1958 tiene, al reverso de su página frontal, un aparte titulado Autorización y Exoneración de responsabilidad por egreso que firma el representante del paciente (anexo A). Esto es lo que supuestamente correspondería a CI; sin embargo no expresa o aclara que el paciente o su representante fueron informados y generalmente se hace firmar mecánicamente y bajo coacción; en algunos casos el paciente egresa y no está firmada la historia. Es por esto que se plantea responder a la pregunta ¿Cuál es el nivel de aplicación del CI en la atención de los niños hospitalizados en el Hospital J M de los Ríos? En este Trabajo Especial de Grado se pretende hacer un diagnóstico de la fase informativa del CI.

Objetivos de la Investigación.

Objetivo General:

Determinar el nivel de aplicación del Consentimiento Informado (CI) en la atención de los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina del Hospital de Niños J.M. de los Ríos.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el grado de conocimiento del médico sobre el CI y su práctica.
- ✓ Identificar la información que tiene el representante del paciente sobre la enfermedad, tratamiento, procedimientos y pronóstico relacionados con la misma.
- ✓ Establecer si existe concordancia o no entre la información de que dispone el representante y la reportada en la historia clínica.

Justificación.

La relación médico-paciente es fundamental para garantizar la calidad de atención en los servicios de salud. Esta relación ha sido concebida y se sigue practicando de forma vertical y no horizontal, independientemente que el CI sea un derecho del paciente y que su incumplimiento pueda ser penalizado legalmente.

En la práctica diaria, especialmente a nivel público, el paternalismo del médico es tan acentuado que el paciente desconoce el diagnóstico y muchas veces tiene información errada de su enfermedad y no se atreve a preguntarle al médico acerca de ésta, desconoce además los procedimientos diagnósticos, su importancia y sus riesgos, en general muy poca es la participación del paciente en su proceso salud-enfermedad. Consideramos que esto debe ocurrir también a nivel privado, pero en menor intensidad. De

aquí la importancia de abrir una línea de investigación en esta área que nos permita identificar el problema y su intensidad, con miras a estimular cambios positivos en el cumplimiento del CI como parte fundamental de la relación médico-paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los aspectos teóricos que dan sustento a la investigación, así como los aspectos legales que la justifican. Los antecedentes de la investigación inmediatamente relacionada fue infructuosa.

Bases Teóricas

Los fundamentos éticos, según Gafo,J.(2001) se estructuran en dos niveles:

- El primero, de obligado cumplimiento, hace referencia a la NO-MALEFICENCIA, principio que exige que todas las personas sean tratadas con el mismo respeto y consideración en los órdenes físico y psíquico, y a la JUSTICIA: que exige que todas las personas sean tratadas con el mismo respeto y consideración en el orden social.
- El segundo nivel no es de obligado cumplimiento si la ley no lo menciona explícitamente, pero constituye un desideratum al que, como personas civilizadas y profesionales de la salud, deben tender, y está relacionado con la BENEFICENCIA: obligación de hacer el bien tal y como cada uno lo entiende, procurando siempre minimizar los riesgos previsibles y con la AUTONOMÍA: considerar a todos los seres humanos capaces de tomar decisiones por sí mismos en relación a todo lo que afecta a su modo de vida.

La relación entre el médico y el enfermo no es un simple encuentro y su naturaleza es influida por numerosos factores. La comunicación entre el médico y el enfermo es más que la simple emisión de palabras, es importante que el médico note si ha logrado satisfacer las demandas de la

consulta del enfermo. Por otra parte, a pesar de la natural necesidad del enfermo de satisfacer sus inquietudes, muestra algunas veces renuencia para hacer preguntas, porque no desea que se le considere un ignorante o porque cree que con ello abusa del tiempo que el médico le destina; otras veces el enfermo no desea conocer toda la información, lo cual también es su derecho. El comportamiento del médico es determinante para la ulterior colaboración del enfermo. La comprensión y aceptación, de sus indicaciones, le hace más dispuesto a propiciar nuevos encuentros.

León, A (2001) afirma que:

> Aprender a comunicar debería ser parte del programa formal de educación médica. No todos los profesores de medicina le conceden importancia a este aspecto. Los aspectos relativos a cuánto conoce el paciente acerca de su enfermedad, cuánto necesita conocer, cuánto influye en la evolución de su proceso la ansiedad derivada de la ignorancia acerca del pronóstico del mismo, no ocupan lugar preferente durante las discusiones clínicas de profesores y alumnos (p.29)

Esta situación pudiera encontrarse en el Hospital de Niños, en donde se dicta un curso de bioética a los alumnos en el segundo año del post-grado, en el cual se discuten todos estos puntos y realizan excelentes trabajos en torno al área; sin embargo, se ha observado de forma empírica que no incorporan estos conocimientos a su trabajo diario con el paciente. Esto ocurre porque como señala el autor antes citado:

> Los hospitales estatales son los lugares más inapropiados para favorecer la comunicación médico-paciente. Los consejos son emitidos en situaciones adversas (ambiente, presencia de numerosas personas, carencia de intimidad, prisa), siendo notoria la tendencia a restringir el flujo de información con su consecuencia obvia: el incremento de la ansiedad del enfermo (p.29).

A lo largo de su historia el Consentimiento Informado (CI) ha sido definido de múltiples formas. La Asociación Médica Americana (1984) establece

> Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y

> beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente

Aguiar, R. (2001) define el Consentimiento Informado//Consentimiento legítimamente declarado, de la siguiente manera:

> ...Acto expreso de voluntad, libremente declarado, específico y determinado, oportuna y cabalmente informado, documentado y válido, mediante el cual un paciente (física y jurídicamente) capaz, acepta los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos a ser realizados por un médico con quien, anticipadamente, ha convenido en establecer una relación médico-paciente, en los términos establecidos en la ley, y que en ninguna forma o circunstancia significa la renuncia del paciente a sus derechos ni tampoco exonera -per se- la responsabilidad legal individual médica subjetiva o la institucional objetiva en una forma general (p.168)

De acuerdo a León, A. (2001) la doctrina del CI ha extendido su aplicación en años recientes, a las relaciones entre médicos y pacientes. Esta doctrina se origina en los principios fundamentales de la *Ley común Anglo-Americana* (1830). Uno de los principios en los que descansa es la autodeterminación del paciente: una persona legalmente competente tiene derecho a decidir lo que se hará con su cuerpo y no debe ser compelida a aceptar un tratamiento que no desea. Otro principio se conoce como relación fiduciaria: el paciente acepta de buena fe todo lo concerniente a sus intereses. Por consiguiente, el médico tiene el deber, antes de tratar al enfermo, de explicarle en forma adecuada el procedimiento que se piensa utilizar y advertirle acerca de los posibles riesgos inherentes o colaterales al tratamiento, única forma de permitirle una elección inteligente en cuanto a la aceptación ó al rechazo.

Igualmente indica el autor antes citado que la aplicación del CI (válido o libre) oral o escrito, adquiere relevancia en distintas situaciones dentro del ámbito médico:

1.- Terapéuticas en las cuales el tratamiento propuesto se dirige específica y exclusivamente al beneficio del enfermo.

2.- Terapéuticas en las cuales el procedimiento se destina exclusivamente, al beneficio de otro (donación de órganos).

3.- Carácter experimental puro en las cuales el objetivo del procedimiento no guarda relación con el beneficio del individuo, pero que pudiera ser útil para determinados enfermos o porque contribuye al aumento del conocimiento científico (el más usado).

4.- Variantes de las situaciones anteriores, mediante la cual el tratamiento de eficacia desconocida se administra con un doble propósito: posible beneficio del enfermo e incremento potencial del conocimiento científico.

Según Gracia, D (2001), existen varias excepciones al principio del CI, que el médico debe conocer muy bien:

- Incapacidad: por minoría de edad, disminución del sensorio o de la conciencia.
- Grave peligro para la salud pública: informar sobre enfermedades que ponen en peligro la vida o salud de otras personas, aunque el paciente no consienta.
- El imperativo legal: enfermedades de denuncia obligatoria y de tratamiento por Ley.
- Caso urgente en el que hay que corregir una situación inesperada.
- El "privilegio terapéutico", según el cual no puede revelarse la verdad cuando se tienen fundadas sospechas de que ésta producirá al paciente un grave daño físico ó mental. Es importante establecer, en este caso, que el privilegio terapéutico es contrario al derecho de autonomía y autodeterminación del paciente. En Venezuela, el paciente puede rehusar tratamiento. El privilegio terapéutico tiene, por otro lado, las excepciones al C.I. que están contenidas en la constitución, en la L.E.M., el C.D.M. y otras leyes.

En Pediatría, el CI es aún más complicado porque hay que considerar el derecho que tiene el niño a ser informado. Se relaciona éste con su madurez cognitiva y psicológica, adaptando la información que se le suministre.

Velásquez (2006), refiere que de acuerdo a la edad y grado de madurez, se establecen grados de participación:

- Información sobre las decisiones, que debe realizarse desde temprana edad.
- Asentimiento informado o discrepancia de las decisiones tomadas por otros, que debe obtenerse en los mayores de 12 años, aunque no es necesariamente vinculante y
- CI total, en aquellos que hayan alcanzado la mayoría legal de edad. En Venezuela, la responsabilidad de las decisiones queda en manos de los padres o representantes y del médico, en atención al interés superior del niño.

El derecho del paciente a conocer su enfermedad y a aceptar o no lo que el médico le proponga como tratamiento cambió radicalmente el concepto de paternalismo que venía siendo la base de la estructura de la relación médico-paciente durante muchos siglos. Ante esta nueva situación, ya el médico no impone su criterio de beneficencia, sino que debe establecer una relación mucho más horizontal, cumplir con su obligación de hacerle saber al enfermo lo que considera mejor para su salud, pero en ningún caso imponerle su voluntad y, sin su consentimiento, someterlo a procedimientos diagnósticos o terapéuticos. (D' Empaire, G. 2001).

En ese mismo orden de ideas, el autor anteriormente señalado, expresa que la ética de nuestros días exige el absoluto respeto de la persona como agente moral autónomo y es obligación moral del médico conocer y respetar los valores del enfermo. Debe aceptar los criterios del paciente sobre lo que considera para sí, bueno o malo, sin pretender, salvo en casos de demostrada incapacidad del paciente y ausencia de sus representantes, imponer unilateralmente su criterio. El médico de hoy tiene la obligación de

hacer el bien pero teniendo presente que no se puede hacer el bien a alguien en contra de su voluntad.

La mayoría de los pacientes, acostumbrados a la tradicional posición del médico y desconocedores de sus derechos, se confunden cuando el médico les pregunta e incluso aspira a que decidan si quieren o no someterse a determinado tratamiento. Por lo tanto, la mayoría de los médicos de la actualidad mantienen en la práctica clínica una actitud paternalista que a la vez choca con una realidad que en muchos aspectos se opone a este esquema. El médico se confunde al sentirse parte de una tradición milenaria que se debate en un ambiente de tecnicismo y cambios rápidos. Otros, formados ya dentro del nuevo esquema técnico, no están en capacidad de entender a muchos pacientes que buscan aún al médico que los proteja y los ayude, no sólo a resolver técnicamente los síntomas de su enfermedad, sino que además los entienda y valore como seres humanos.

En los tiempos actuales aún es verdad que la medicina es una profesión que detenta poder. El médico no puede renunciar al poder que tiene sobre la vida y la muerte de las personas; lo que sí debe hacer es compartirlo con el paciente, evitando las actitudes, tanto despóticas como paternalistas. (Gracia,D. 2001). Estamos viviendo una transición difícil de entender y manejar, que requiere de un cuidadoso análisis que permita tomar lo bueno de cada situación, que le permita al médico mantener todo lo positivo del esquema clásico, pero aceptando el derecho de los pacientes a decidir sobre lo que él puede considerar lo mejor dentro de su esquema de valores.

En esta investigación, la conceptualización que se ajusta a los objetivos planteados, es la de Sánchez, M. (2001) quien establece que el CI debe entenderse como una meta a lograrse paulatinamente en la relación médico-paciente, con el fin de promover la autonomía de éste último. Para cumpli esta meta es indispensable que los pacientes o sus representantes dispongan de toda la información que necesiten y requieran, de esta manera mantener el control de su vida.

Si bien existe mucha información sobre CI, en la revisión realizada hasta la fecha por el autor, no se han encontrado trabajos similares al propuesto. En los hallados, la medición del cumplimiento de CI se ha realizado a través de la firma de un documento mediante el cual el paciente acepta ciertas condiciones, pero no en el sentido amplio de éste como indicador de calidad de atención, que es lo que se pretende medir.

Aspectos Legales

Desde el punto de vista legal, el CI se ha manifestado a lo largo del tiempo a través de:

- Actas asistenciales: Eslater (1767), estableció una demanda contra traumatólogos por operarlo sin su consentimiento y éstos fueron condenados.
- Investigación científica: Thomas Percival (1803) consideraba que para probar una medicina, debía ser aceptada por el paciente, por lo tanto, este debía ser debidamente informado.

Para que exista consentimiento, debe haber acuerdo de voluntades entre el médico y el paciente; cuando esto ocurre se establece el Contrato de Asistencia Médica. Pero el contrato y el consentimiento pueden tener vicios (error, dolo y violencia), los cuales están contemplados en el Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela, Artículo 1146.

> ... aquel cuyo consentimiento haya sido dado a consecuencia de un error excusable, o arrancado por violencia o sorprendido por dolo puede pedir la nulidad del contrato.

Las normas del consentimiento del contrato de asistencia médica se basan en dos modelos de la relación médico-paciente: a) el modelo de relación vertical donde los principios éticos que lo sustentan son: Beneficencia, No maleficencia y Santidad de la vida; b) el modelo de relación horizontal que está sustituyendo al primero y cuyos principios éticos son: Autonomía,

Autodeterminación y Voluntad, asociados al derecho de información. (Silva, O. 2007)

El derecho al CI está garantizado por las leyes de nuestro país:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

> *Artículo 46* Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física psíquica y moral; en consecuencia:
> 3º Ninguna persona será sometida, sin su libre consentimiento a experimentos científicos o exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrase en peligro su vida o por otra circunstancia que determine la ley.
> *Artículo 58* La comunicación es libre y plural y comporta los deberes y responsabilidades que indique la ley. Toda persona tiene derecho a la información oportuna, veraz, imparcial, sin censura, de acuerdo con los principios de esta Constitución, así como a la réplica y rectificación cuando se vea afectada directamente por informaciones inexactas o agraviantes. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir información adecuada para su desarrollo integral.

Ley Orgánica de Salud (1998)

> *Artículo 69*: Los pacientes tendrán los siguientes derechos:
> 2. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
> 3. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a su salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, decontagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
> 4. Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.
> 5. Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.
> 6. Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el

paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.
7. Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.

Proyecto de Reforma de la Ley Orgánica de Salud (2000)

Artículo 166: Las personas tendrán los siguientes derechos
4 Recibir y obtener información oportuna, veraz y en términos comúnmente comprensibles, sobre todo su proceso de salud y enfermedad..., con el propósito de hacer efectiva la autodeterminación y autonomía de su voluntad.

Ley del Ejercicio de la Medicina (1983)

Artículo 25 Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a:
2 Respetar la voluntad del paciente o de sus representantes manifestada por escrito, cuando éste decida no someterse al tratamiento y hospitalización que se le hubiere indicado. Esta circunstancia deja a salvo la responsabilidad del médico. Sin embargo, la voluntad del paciente no podrá prevalecer en casos en que estén interesados la salud y el orden públicos conforme a la Ley.
Artículo 34: Los actos y procedimientos médicos realizados con fines diagnósticos o terapéuticos que produzcan el acondicionamiento o la pérdida transitoria de las facultades mentales, requieren la autorización por escrito del paciente o de quien tenga su representación legal. En caso de extrema urgencia, si no existiese posibilidad inmediata de obtener el parecer o criterio del paciente o de su representante, se podrá realizar el procedimiento previa consulta y opinión de otro facultativo. De todo lo actuado se levantará un Acta en la cual deberá constar la opinión del médico que llevó a cabo el procedimiento y de quien compartió la toma de la decisión. Se deberá notificar al representante legal o al interesado a la mayor brevedad.
Los procedimientos a que se contrae el presente artículo se emplearán exclusivamente para fines de la salud y del bienestar del paciente.
Artículo 51: El paciente tiene derecho a conocer la verdad de su padecimiento. El médico tratante escogerá el momento oportuno para dicha revelación y la forma adecuada de hacerla.

Código de Deontología Médica (2003) y otras leyes que establecen límites regulan la posibilidad de sanción:

Artículo 15: El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados, para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlo física y psíquicamente. El médico le pedirá su consentimiento informado por escrito, en caso de presentar enfermedad física o

mental, la autorización de un familiar inmediato; en caso de menores de edad, la autorización escrita por su representante legal, la autorización debe consignarse en la historia clínica.
Se entiende por riesgo injustificado, aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.
Artículo 72: El enfermo tiene derecho a:
3 Ser informado de la naturaleza de su padecimiento oportunamente, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones.
4 Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
9 Rechazar en determinadas circunstancias, su participación en procedimientos de investigación en seres humanos y a conocer el reglamento de la institución donde se halla, incluyendo las regulaciones concernientes a sus limitaciones personales.

El Código Civil Venezolano (1982)

Artículo 1141 Las condiciones requeridas para la existencia del contrato son:
1. Consentimiento de las partes.
2 Objetoque pueda ser materia de contrato; y
3 Causa lícita.
Artículo 1142 El contrato puede ser anulado:
1. Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas; y
2. Por vicios del consentimiento.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA, 1998.)

Artículo 41 DERECHO A LA SALUD Y A SERVICIOS DE SALUD.Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.
Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.
Parágrafo Segundo: El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos, el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.
Artículo 43 DERECHO A INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y

educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas de la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductora, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo.

El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias.

Como puede observarse, las legislación en Venezuela es muy específica en cuanto a la relación médico-paciente, así como el derecho de éste último de estar informado sobre su enfermedad o el de su representado.

En España ese derecho es aún más explícito. Gracia, D (2001) cita en su trabajo la *Ley General de Sanidad Española* (1986) la cual recoge en su artículo 10 los Derechos de los Pacientes, con vigencia legal en ese país:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que pueda acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública: b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas: c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencia. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

Estos derechos han sido actualizados en la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica,* del 14 de noviembre del 2002, de España, la cual es amplia y específica en todo lo referente al CI y como ejemplo se citan los siguientes artículos:

> *Artículo 2.* Principios básicos:
> 1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
> 2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
> 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
> 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Artículo 3. Las definiciones legales. A efectos de esta Ley se entiende por: Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada enel pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

En resumen, se puede determinar que las leyes venezolanas y españolas contemplan el CI como un deber del médico y un derecho del paciente, así como las sanciones cuando se incumple.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico recoge la información sobre los procedimientos, técicas e instrumentos a realizar en la investigación.

Tipo y Diseño de la Investigación.

De acuerdo al problema planteado y los objetivos formulados, la investigación se enmarca en la tipología Descriptiva, definida por Balestrini (2006) como aquella que pretende la descripción de las singularidades de una realidad estudiada. Para Arias (2006), la investigación de tipo Descriptiva consiste en "la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento" (p. 24)

En cuanto al diseño, es una investigación de campo o diseño de campo que, según Arias (2006), consiste en "la recolección de datos directamente de los sujetos investigados sin manipular o controlar variable alguna. De allí su carácter de investigación *no experimental*" (p. 31) Por considerar un periodo determinado el estudio es de tipo *transversal*. Se pretende hacer un diagnóstico de la fase informativa del CI.

Población y muestra.

La población objeto de estudio es finita y accesible porque por una parte se conoce la cantidad de unidades que la integran y por otra se tiene acceso fácil a ella (Arias 2006) En este caso estará conformada por :

- Representantes de los pacientes hospitalizados en los seis (6) Servicios de Medicina del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos", de Caracas.

- Médicos Residentes del post grado de Puericultura y Pediatría y Pediatras Especialistas a cargo de estos mismos pacientes.

La muestra fue de tipo *intencional* porque se seleccionó en base a los criterios de hospitalización en un Servicio de Medicina y *no probabilística* porque se desconocía la probabilidad que tenían los elementos de la población para integrar la muestra. (Arias 2006 p 83). El Criterio de inclusión: Representantes de pacientes con 3 o más días de hospitalización y que aceptaron participar en la investigación.

Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos.

Para la recolección de la información se diseñaron dos instrumentos denominados *encuestas*, una dirigida al personal médico y otra para los representantes de los pacientes hospitalizados a cargo de estos médicos (anexos B y C). Estas encuestas fueron revisadas por tres expertos: Dra. Beatriz Narváez, en la asignatura *Sistemas de Salud* (2008), Dr. Teodoro Campos durante la asignatura *Seminario de Investigación* y la Dra. Gladys Velásquez durante la revisión del proyecto por la *Comisión de Bioética* del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos"; antes de su aplicación, a fin de verificar si evaluaban los parámetros que se querían investigar y su factibilidad de análisis, es decir la *validaron.*

En la encuesta para médicos se estructuraron las respuestas de acuerdo a Escala de Likert y se procesó de acuerdo al valor adjudicado del 5 al 1 (5= siempre, 4= casi siempre, 3= a menudo, 2= casi nunca y 1= nunca) Para su análisis se calculó la puntuación promedio para cada pregunta y global de toda la encuesta y de forma arbitraria se calificó el grado de conocimiento acerca de CI en: Bajo (puntuación entre 1 y 2.4 puntos), Medio (puntuación entre 2.5 y 4.4 puntos) y Alto (puntuación mayor de 4.5).

La encuesta para representantes se diseñó con respuestas dicotómicas de sí o no para la mayoría de las preguntas, y se procesó con porcentajes simples para cada pregunta y global para toda la encuesta. El cumplimiento de la

información se midió a través del porcentaje de respuesta afirmativas obtenido; y con puntos de corte arbitrarios, se clasificó de la siguiente manera: Bajo (menos de 30% de respuestas afirmativas), Moderado (entre 31 y 80% de respuestas afirmativas) y Alto (81% y más de respuestas afirmativas)

Procedimientos de la Investigación.

- Fue aprobado el proyecto de investigación por parte del Comité de Bioética del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" el 04-11-2009 (Anexo D).
- Se entregó el formulario de la encuesta al personal médico (residentes de 1º, 2º y 3º año y Adjuntos de los servicios de hospitalización), quienes llenaron por si mismos los datos de la encuesta (15-11-2009/15-12-2009).
- Se aplicó la encuesta a los representantes, porque por tratarse de pacientes pediátricos, el entrevistado no fue el propio niño . Los datos fueron recabados por la investigadora. De forma simultánea fueron revisadas las historias clínicas para contrastar la información dada por el representante del paciente y la consignada en la misma en relación a los diagnósticos, y la verificación de la firma de la historia clínica por parte del representante (febrero 2010).
- Una vez obtenidas las encuestas y revisadas las historias clínicas se procedió al análisis de los resultados.
- La encuesta para médicos se procesó de forma separada residentes y especialistas.
- La encuesta para representantes se describió en relación a caracteristicas generales del representante como: - sexo, - edad, - grado de instrucción, - ocupación y – parentesco. Y datos del paciente como: - edad y – tiempo de hospitalización.

- Se realizó la discusión de los resultados y se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

Aspectos Éticos y Legales.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital. Las encuestas fueron aplicadas una vez obtenido el consentimiento que encabeza la encuesta, tanto del personal médico como de los representantes de los pacientes. (Anexos B y C)

CAPÍTULO IV

MARCO ORGANIZACIONAL

El antiguo Hospital Municipal de Niños de Caracas, cuna de la pediatría venezolana, inaugurado el 25 de diciembre de 1936, comenzó sus servicios hospitalarios a la población infantil el 1º de febrero de 1937; el 14 de diciembre de 1943, por Acuerdo del Cabildo se le designa Hospital Municipal "José Manuel de Los Ríos" y en 1958 se decide la mudanza a la actual sede de San Bernardino.

Con el transcurrir del tiempo, el Hospital aumentó sus servicios, se hicieron más complejas sus instalaciones, a tono con el creciente desarrollo de la ciencia médica. De esta manera, de hospital meramente curativo ha pasado a ser también centro curativo y docente (educación de la madre y el niño, formación de médicos especialistas, lugar de perfeccionamiento profesional de enfermeras, radiólogos, bioanalistas y demás titulares afines a la ciencia médica). También se convirtió en escenario de investigación de diversos procesos. (García , 2001)

El Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos" es una institución del Estado venezolano que tiene como objetivos fundamentales la atención, docencia e investigación médica con preeminencia a la población infantil mediante el diagnóstico y tratamiento de los niños que así lo requieran y esencialmente a los de escasos recursos económicos. En la página web del Hospital se establece que la Misión del Hospital es:

> Proporcionar atención médico-asistencial directa e integral al niño y adolescente, a la familia y a la comunidad, con mística y ética profesional, sin tener en cuenta condiciones económicas, razas o credo, con criterios científicos, para lograr su restablecimiento en el tiempo posible e incorporarlo de nuevo a la sociedad, manteniendo una labor contínua de docencia e investigación

Del mismo modo se señala como su Visión:

Tiene la visión de proporcionar atención directa e integral e individualizada de manera oportuna y eficaz, libre de riesgo para una buena calidad de vida.

Actualmente, el Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos" es un hospital pediátrico tipo IV que incluye todas las sub-especialidades médicas y quirúrgicas pediátricas.

En su organigrama hay 5 Departamentos a saber:

- Médico,
- Quirúrgico,
- Ciencias Auxiliares,
- Medicina Crítica-Emergencia-Neonatal.
- Enfermería.

El Departamento Médico incluye los servicios de hospitalización de medicina: 1, 2, 3-4, 5-6, 7 e Infectología y servicios de Consulta Externa y Triaje y Consulta Especializada.

El Curso Universitario de Postgrado de Puericultura y Pediatría con sede en este Hospital, es el curso con mayor número de Residentes en esta especialidad, a nivel nacional. Para el momento de la realización del estudio se encontraban cursando, 11 Residentes de 1° año, 19 de 2° y 16 de 3° año. Vale la pena acotar que los Residentes de 2° y 3° año ya habían recibido el ciclo de Bioética, incluido en la programación regular, con una duración de 2 meses (1 vez por semana).

Por ser los servicios de hospitalización de medicina un lugar de pasantía obligatoria de los residentes del Post-grado de Puericultura y Pediatría se realizó esta investigación en estos servicios, cuya capacidad actual es de 65 camas en total.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentaran de acuerdo a las encuestas aplicadas a cada uno de las muestras: médicos y representantes.

Encuesta a Representantes.

De un total de 65 camas operativas actuales de los servicios escogidos para realizar el estudio, cumplieron con los criterios de inclusión 44 representantes (67.69%). La encuesta se aplicó en un solo día, en cada servicio para eliminar el sesgo que produciría el conocimiento por parte del personal del servicio de las respuestas de los representantes.

Las características de la muestra son las siguientes:

Sexo: El 97,73% correspondían al sexo femenino, como era de esperarse porque solo a las madres se les permite permanecer con su hijo. El padre entrevistado (2.27%) estaba presente por permiso especial.

Edad: En cuanto a la edad del representante:

- 52,27% (23) tenían edades comprendidas entre 19-30 años de edad,
- 29,54% (13), con edades comprendidas entre 31-40 años de edad.
- 15,92% (4), con edades de 41 y más y
- 2,27% (1) < 18 años de edad (adolescente).

Nivel Académico: De acuerdo al grado de instrucción:

- 38,64% (17): Bachillerato incompleto.
- 20,45% (9): Primaria completa.
- 15,91% (7): Bachiller.
- 9,09% (4): Universitario.

- 6,82% (3): TSU.
- 6,82% (3): Universitario incompleto.
- 2,27% (1): Ninguno.

Es de hacer notar que no hubo ningún paciente analfabeta y que a diferencia de otros estudios realizados en pacientes hospitalizados en esta institución, ha aumentado porcentaje de madres con nivel de instrucción de bachiller y más.

Actividad Laboral: En relación a este aspecto,

- 61,36% (27) realizaban Oficios del hogar
- 38,64% (17), actividades diversas fuera del hogar.

Parentesco:

- El 95,45% (42) de las representantes era la madre
- El (4,55% (2) eran abuelas.

Tiempo de hospitalización:

- 3-10 días: 31,81% (14)
- 27 y más días: 31,81% (14)
- 11-18 días: 22,72% (10)
- 19-26 días: 11,36% (5).

Edad del paciente:

El 95,45% (42) de los pacientes tenían edades inferiores a 12 años y 4,55% (2) entre 12-15 años de edad. De estos últimos, ninguno fue tomado en cuenta para CI acerca de su enfermedad, violándose de esta manera su derecho a ser informado.

Con relación a la encuesta cuyos datos se muestran en la Tabla 1, Gráfico 1, el análisis global de la percepción del cumplimiento del CI que tenían los representantes, arrojó una cifra de 53,81%, que lo ubica en un nivel Moderado (entre 31-80%).

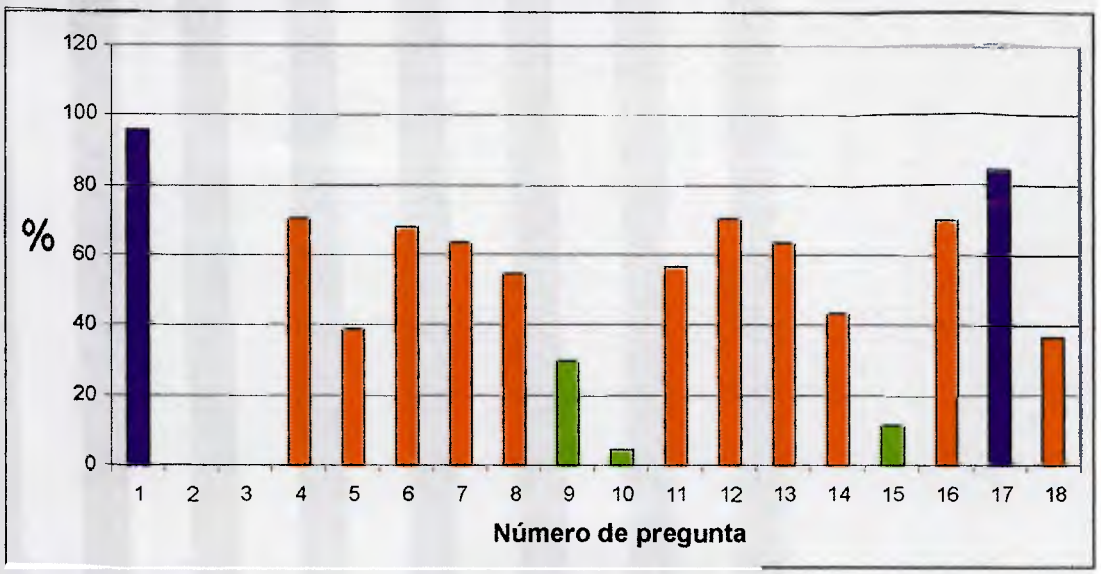
Tabla 1.

Nivel de aplicación del Consentimiento Informado, según porcentaje de respuestas afirmativas de los representantes. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.

Pregunta	Sí	%	No	%	Total	%	Nivel de aplicación
1¿Sabe usted cúal es el diagnóstico de su representado?	42	95.45	2	4.55	44	100	alto
4¿Tiene claro él o los diagnósticos?	31	70.45	13	29.55	44	100	moderado
5¿Sabe Ud. si su representado puede tener complicaciones durante la hospitalización?	17	38.64	27	61.36	44	100	moderado
6¿Participó usted en la decisión de ingresar a su representado?	30	68.18	14	31.82	44	100	moderado
7¿El médico tratante le ha informado sobre opciones de tratamiento?	28	63.64	16	36.36	44	100	moderado
8¿Su representado ha sido sometido a algún procedimiento riesgoso?	24	54.55	20	45.45	44	100	moderado
9¿ Ha participado usted en la decisión sobre el tratamiento que recibe su representado?	13	29.55	31	70.45	44	100	bajo
10¿Se le ha pedido consentimiento por escrito para algún procedimiento o tratamiento?	2	4.55	42	95.45	44	100	bajo
11¿Se le ha informado con frecuencia sobre la evolución de su representado y de las nuevas acciones a seguir?	25	56.82	19	43.18	44	100	moderado
12¿Sabe usted para que son los exámenes que se le están realizando a su representado y cuando se los van a practicar?	31	70.45	13	29.55	44	100	moderado
13¿Se le ha informado sobre los resultados de las pruebas o exámenes una vez practicados?	28	63.64	16	36.36	44	100	moderado
14¿Conoce usted el nombre del médico a cargo de su representado?	19	43.18	25	56.82	44	100	moderado
15¿Conoce el nombre del Jefe de Servicio?	5	11.36	39	88.64	44	100	bajo
16¿Está Ud. satisfecho con la información recibida?	31	70.45	13	29.55	44	100	moderado
17¿Ha respondido el médico sus preguntas o inquietudes?	37	84.09	7	15.91	44	100	alto
18¿Firmó Ud la historia clínica de su representado cuando ingresó?	16	36.36	28	63.64	44	100	moderado
Promedio total de la encuesta	**379**	**53.84**	**325**	**46.16**	**704**	**100**	**moderado**

Leyenda: Puntos de corte, para nivel de aplicación.= Alto: 81 % y más; Moderado: entre 31 y 80% , Bajo: 30 % y menos. Fuente: Encuesta a representantes

Gráfico 1.
Nivel de aplicación del Consentimiento Informado, según porcentaje de respuestas afirmativas de los representantes. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.



Leyenda: Puntos de corte, para nivel de aplicación.= **Alto: 81 % y más**, **Moderado: entre 31 y 80%**, **Bajo: 30 % y menos.** Fuente: Encuesta a representantes

Cuando se desglosan las respuestas, para evaluar el análisis de la percepción del cumplimiento del CI, se aprecia:

- Nivel Alto (81% y más): preguntas 1 y 17.
- Nivel Moderado (entre 31 y 80%): preguntas 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 14, 16 y 18.
- Nivel Bajo (30% y menos): preguntas 9, 10 y 15. (Tabla 2 – Gráfico 2).

Al desglosar las respuestas a cada pregunta, de manera específica, se encontró:

Pregunta 1.- 95,45% (42) referían conocer el diagnóstico de su representado y 4,55% (2), no lo conocían, al contrastar estos resultados con la pregunta 3 sobre cuáles son los diagnósticos, se encontró que ningún paciente refirió el total de los diagnósticos consignados en la historia, la mayoría se refirió el motivo de consulta (con sus palabras), y otros refirieron diagnósticos errados. De un total de 251 diagnósticos reportados en las historias, para todos los

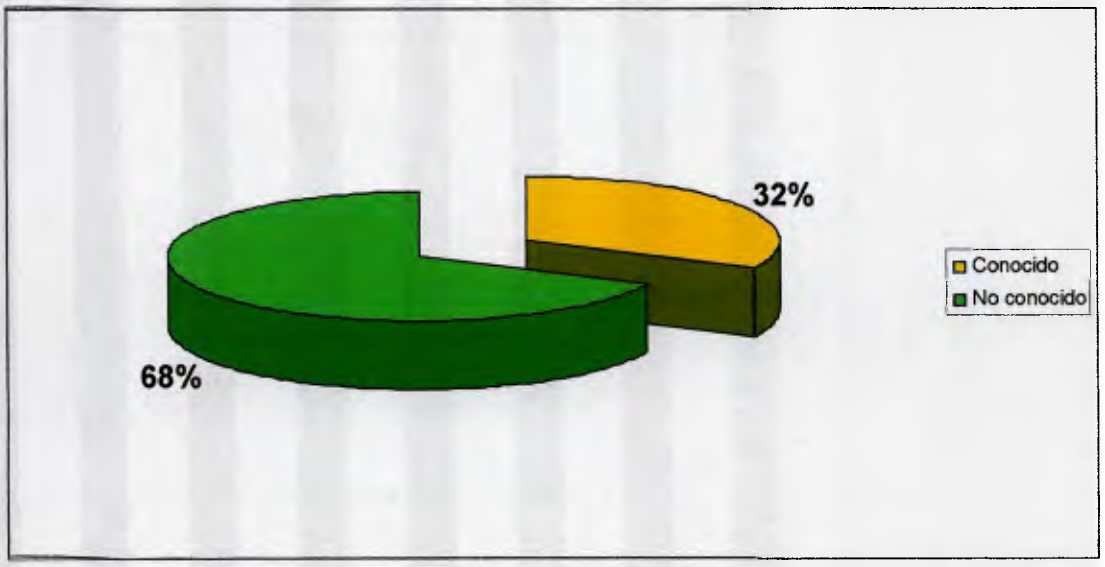
pacientes (n=44), sólo 81 diagnósticos (32,27%) fueron referidos por los representantes, el 67,73% (170) eran diagnósticos no conocidos por los representantes. (Tabla 2, Gráfico 2).

Tabla 2.
Diagnósticos conocidos por los representantes en relación al total de los diagnósticos consignados en las Historias Clínicas .Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Conocido	81	32,27
No conocido	170	67,73
Total diagnósticos en Historias Clinicas	**251**	**100**

Fuente: Encuesta a representantes e Historias Clínicas. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.

Gráfico 2.
Diagnósticos conocidos por los representantes en relación al total de los diagnósticos consignados en las Historias Clínicas .Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.



Fuente: Tabla 2.

Además, al preguntar si tenía claro los diagnósticos (pregunta 4), 70,45% (31) respondió afirmativamente y 29,55% (13) dijeron que no. Lo que contradice el hallazgo anterior, y que nos hace suponer que el paciente se conforma con la información que recaba durante la revista médica interpretada por él y con el riesgo de hacer suposiciones muchas veces erradas, ya que en la revista médica se dicta docencia y muchas veces se discuten temas que no tienen que ver con la patología del paciente. Y Las respuestas a la pregunta 5, sobre la posibilidad de complicaciones durante la hospitalización, 61,36% (27), la desconocía y 38,64% (17) sí tenían conocimiento, Persistiendo las discrepancias encontradas con las preguntas anteriores y que se pueden relacionar con que no hay una sistematización para la información y comprensión por parte del representante en lo referente a su hospitalización.

Pregunta 2.- El 77,27% (34) de representantes refirió que fue el médico quien le informó sobre los diagnósticos, sin especificar si fue adjunto, residente, estudiante, u otro. Información obtenida por el especialista, 13,63% (6); otro 4,55% (2), y nadie 4,55% (2), que concuerda con la respuesta a la pregunta 1 de no conocer diagnóstico alguno. Llama la atención el hecho que, a pesar de tener más de 3 días hospitalizados, ningún médico les haya informado con relación al diagnóstico, lo que refuerza también las respuestas a las preguntas 14 y 15 relativas al conocimiento de los nombres del médico encargado del caso [56,82% (25) desconocían el nombre y 43,18 (19) conocían sólo el nombre y no el apellido, y algunos mencionaron el nombre del estudiante de medicina] y del Jefe del Servicio [88,64% (39) no conocían el nombre del Jefe de Servicio y 11,36% (5) lo señalaron por su nombre o lo describieron físicamente]. Este hallazgo nos lleva a plantear la poca calidad de la información obtenida por el representante ya que se salta un paso muy importante en la comunicación que es identificar quienes son los actores de la misma.

Pregunta 6 y 7.- Con relación a la participación en la decisión del ingreso de su representado y a la información sobre las opciones de tratamiento, 68,18% (30) respondió afirmativamente y 31,82% (14) de forma negativa. Sin embargo, los representantes se extrañaban de la pregunta porque piensan que es una decisión médica, exclusivamente y esto lo confirma el resultado de la respuesta a la pregunta 9 en relación a si participó en la decisión sobre el tratamiento instaurado a su representado: 70,45% (31) dijeron que no.Nos lleva a plantear que la relación médico paciente que se practica en el hospital de niños es de tipo paternalista y totalmente vertical.

Pregunta 8 en la cual se inquirió sobre si su representado ha sido sometido a algún procedimiento riesgoso: 54,55% (24) respondió afirmativamente, mientras que 45,45% (20) lo negaron. Esta situación llama la atención porque todo paciente hospitalizado es sometido a procedimientos conducentes a riesgo (desde una toma de muestra para examen de laboratorio hasta una intervención quirúrgica de alto riesgo).

Pregunta 10 relacionada con la solicitud de consentimiento escrito para algún procedimiento o tratamiento, 95,45% (42) respondió negativamente. Sólo 4,55% (2), respondieron afirmativamente y estuvo relacionado con su estadía en emergencia y la colocación de catéter venoso central porque estaban realizando un TEG, resultado que contradice al plantado por los especialistas en donde en nivel alto solicitan consentimiento escrito y esta de acuerdo con el resultado de los residentes (nivel bajo).

Pregunta 11: Aquí se interrogó sobre la información recibida acerca de evolución y nuevas acciones a seguir: 56,82% (25) respondió afirmativamente muchos de los cuales acotaban que era porque ellos preguntaban a los médicos o ponían atención a las discusiones en la revista médica. 46,18% (19) respondieron en forma negativa lo que obliga a hacer un llamado a la reflexión, tanto por la poca información que recibe el paciente de la evolución, como por la permanencia de las

madres durante las revistas médicas porque ellas, internamente, pueden alterar la información.

Preguntas 12 y 13 relacionadas con los exámenes de laboratorio: para qué y cuándo: 70,45% (31), respondieron en forma positiva y 29,55% (13) lo hicieron negativamente; en cuanto a los resultados de los mismos, 63,64% (28) respondió afirmativamente y 36,36% (16), lo negaron. Sin embargo, refirieron que no hay una actitud sistemática de los médicos en darles la información sino que cuando se llevan al paciente a hacerle los exámenes ellos preguntan.

Preguntas 16: cuyo contenido está relacionado con la satisfacción acerca de la información recibida: 70,45% (31), se sienten satisfechas y 29,55% (13) manifestaron insatisfacción. En cuanto a la pregunta 17, si el médico responde o no a sus preguntas, 84,09% (37) respondieron afirmativamente y 15,91% (7) negativamente; sería deseable que esta respuesta fuera 100% positiva pero el resultado demuestra que aún persiste un porcentaje que no recibe información a pesar de preguntar. Y corrobora lo planteado anteriormente en que el representante deja en manos del médico las decisiones a seguir en el tratamiento de su representado (relación médico-paciente paternalista-vertical) que lo hace estar conforme con la poca información que recibe

Pregunta 18: ¿Firmó Ud. la historia clínica de su representado cuando se hospitalizó?: 63,64% (28) respondieron que no y 36,36% (16) lo hicieron en forma positiva. Pero, al revisar las historias clínicas para verificar la firma de la misma, se encontró que 93,18% (41) la habían firmado al ingreso y 6,82% (3) aún no lo habían hecho, a pesar de tener más de 3 días hospitalizados. Al buscar una explicación a la diferencia tan importante, 93,18% que habían firmado (constatada en la historia) vs 36,36% que afirmaban haberlo hecho, se encontró que el acto de firma de la historia lo hace una secretaria, y no está condicionada a información

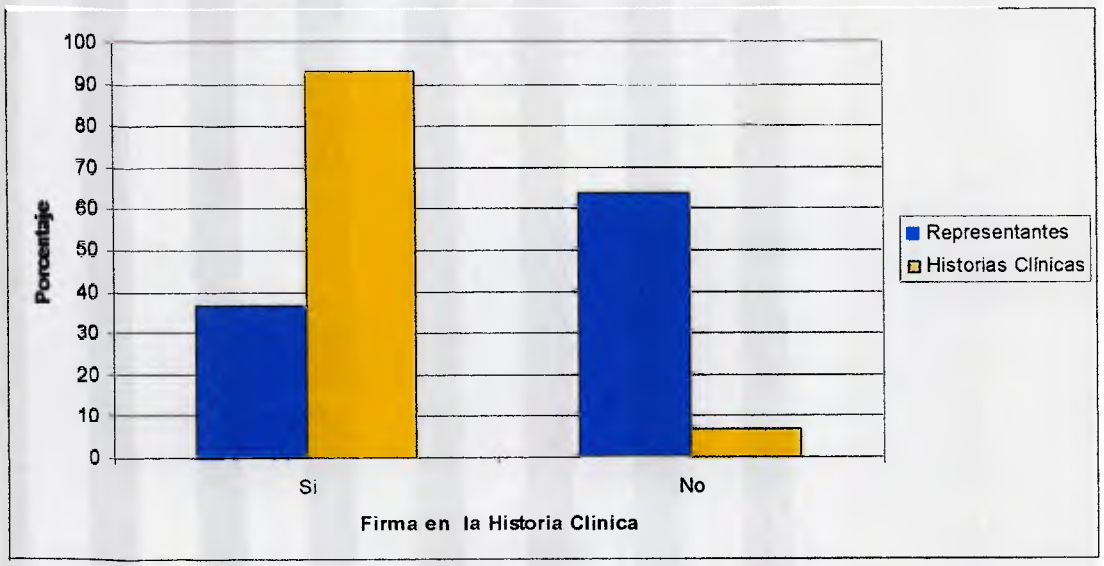
médica al paciente, por lo que el paciente no lo identifica como un acto médico. Es más un requisito que un CI (Tabla 3, Gráfico 3)

Tabla 3.
Comparación entre la referencia del representante de haber firmado la historia y la evidencia de la misma en la Historia Clínica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.

Firma	SI	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
Representante	16	36,36	28	63,64	**44**
Historia	41	93,18	3	6,82	**44**

Fuente: Encuesta a representantes e Historias Clínicas. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.

Gráfico 3.
Comparación entre la referencia del representante de haber firmado la historia y la evidencia de la misma en la Historia Clínica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010.



Fuente: Tabla 3.

Encuesta de Médicos (Residentes y Especialistas)

De un total de 46 Residentes se logró pasar la encuesta a 40 de ellos (86,95%). De manera desglosada:

- 1º Año: 11 Residentes, 10 encuestados (90,91%);
- 2º Año: 19 Residentes, 17 encuestados (89,47%) y
- 3º Año: 16 Residentes, 13 encuestados (81,25%).

Los residentes no encuestados se encontraban fuera del hospital en ese momento, por vacaciones, pasantías, o reposo médico.

En cuanto a los 27 médicos Especialistas asignados a los Servicios de Hospitalización Médica, se encuestaron 22 (81,48%). Es decir, que para ambos grupos (Residentes y Especialistas), la muestra quedó constituida por más de 80% del universo, lo cual la hace representativa.

En relación a la encuesta para médicos que mide el grado de conocimiento acerca de CI, tanto para los residentes como para los adjuntos, la puntuación total promedio de la misma fue de 3.84 puntos y 4.11 puntos, respectivamente, ambas correspondientes al Nivel Medio según el punto de corte (entre 2,5 y 4,4) un poco más alta en los especialistas, como era de esperarse debido a la mayor experiencia de éstos. Se esperaba una mayor puntuación para ambos grupos tomando en cuenta que el Hospital de Niños J.M. de los Ríos es un centro docente con postgrados universitarios y residencias programadas y donde anualmente se dicta un curso de Bioética de dos meses de duración.

Los resultados de la encuesta para los Residentes se expresan en la Tabla 4, Gráfico 4, para los Especialistas en la Tabla 5, Gráfico 5 y la comparación de puntuación promedio para cada pregunta y total para los dos grupos en la Tabla 6, Gráfico 6.

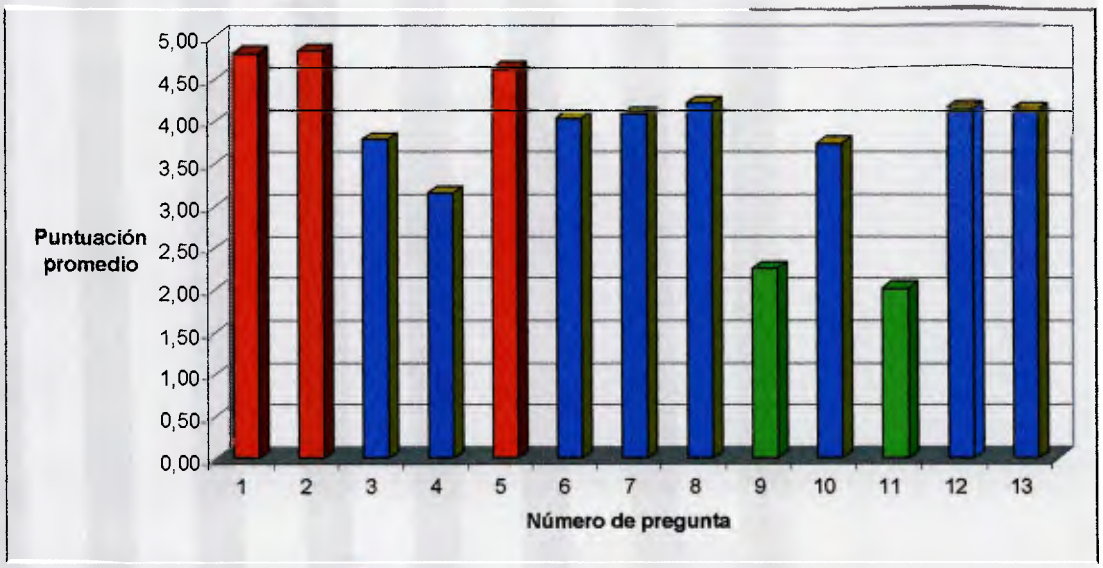
Tabla 4.
Grado de conocimiento de los Residentes sobre Consentimiento Informado, según Escala tipo Likert. Hospital J.M. de los Rios. Caracas. 2010.

Preguntas	5	4	3	2	1	Total	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
1¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de su enfermedad es necesario?	33	7				40	4.82	alto
2¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad es necesario?	34	6				40	4.85	alto
3¿Considera usted que el representante del paciente debe participar en la decisión de los procedimientos diagnósticos y tratamientos que se van a aplicar al paciente?	5	24	9	2		40	3.80	medio
4¿Cuándo la opinión del representante es diferente a la suya, y no es contraria al interés del niño, asume lo que dice el representante?	2	12	10	13	3	40	3.16	medio
5¿Informa usted a los representantes del paciente acerca de su enfermedad, curso y complicaciones posibles?	29	9	1		1	40	4.63	alto
6¿Informa usted a los representantes del paciente acerca las opciones terapéuticas?	17	13	6	3	1	40	4.05	medio
7¿Discute usted las acciones a seguir con el representante del paciente después de cada revista o ante algún cambio en la evolución?	17	13	8	1	1	40	4.10	medio
8¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades le explica al representante del paciente las razones de la solicitud?	18	14	7	1		40	4.22	medio

Preguntas	5	4	3	2	1	Total	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
9 ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades solicita la opinión al representante del paciente?	1	4	10	14	11	40	2.25	bajo
10¿Ante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le van a realizar, le informa al representante las ventajas y riesgos de los mismos?	13	11	9	7		40	3.75	medio
11¿Realiza Ud. Consentimiento Informado por escrito a los representantes de sus pacientes?	4	7	5	17	7	40	2.02	bajo
12¿Ha recibido usted información acerca del Consentimiento Informado durante sus estudios de pre o post-grado?	24	6	4	4	2	40	4.15	medio
13¿Conoce usted las consecuencias e implicaciones legales del Consentimiento Informado?	23	7	5	3	2	40	4.15	medio
Promedio total							**3.84**	**medio**

Leyenda: 5=siempre; 4= casi siempre; 3= a menudo; 2= casi nunca; 1=nunca.
Fuente: Encuesta a Residentes. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. 2010

Gráfico 4.
Grado de conocimiento de los Residentes sobre Consentimiento Informado, según Escala tipo Likert. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010.



Leyenda: Grado de conocimiento alto, medio, bajo
Fuente: Tabla 3

Tabla 5.
Grado de conocimiento de los Médicos Especialistas sobre Consentimiento Informado, Escala Likert. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010.

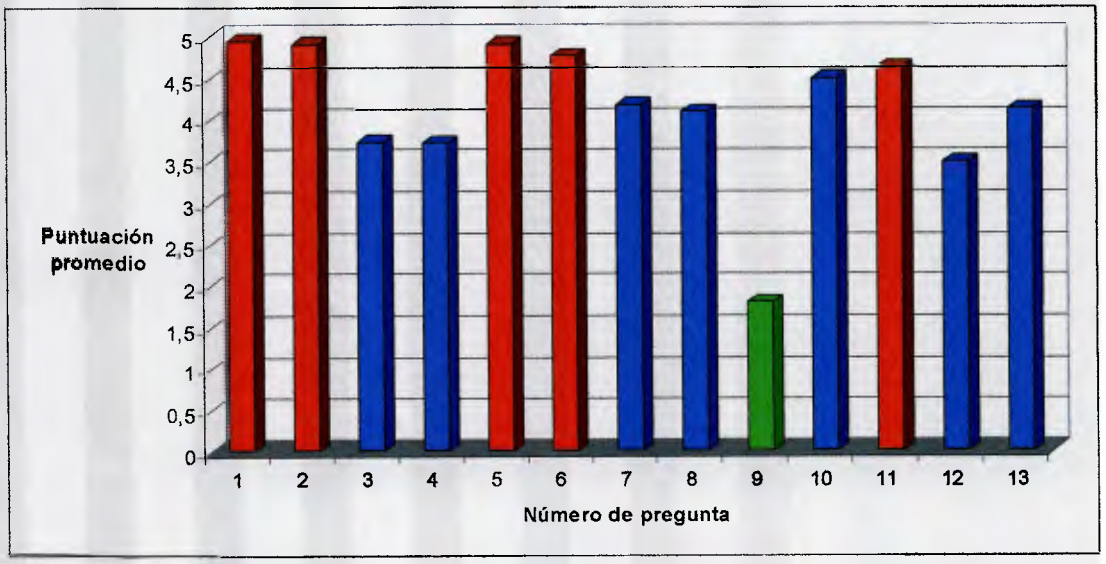
Preguntas	5	4	3	2	1	Total	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
1¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de su enfermedad es necesario?	21	1				22	4.95	alto
2¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad es necesario?	20	2				22	4.91	alto

Preguntas	5	4	3	2	1	Total	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
3¿Considera usted que el representante del paciente debe participar en la decisión de los procedimientos diagnósticos y tratamientos que se van a aplicar al paciente?	6	10	3		3	22	3.73	medio
4¿Cuándo la opinión del representante es diferente a la suya, y no es contraria al interés del niño, asume lo que dice el representante?	3	6	10	1	2	22	3.32	medio
5¿Informa usted a los representantes del paciente acerca de su enfermedad, curso y complicaciones posibles?	20	2				22	4.91	alto
6¿Informa usted a los representantes del paciente acerca las opciones terapéuticas?	18	3	1			22	4.77	alto
7¿Discute usted las acciones a seguir con el representante del paciente después de cada revista o ante algún cambio en la evolución?	10	6	6			22	4.18	medio
8¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades le explica al representante del paciente las razones de la solicitud?	10	7	2	3		22	4.09	medio
9 ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades solicita la opinión al representante del paciente?		2	2	8	10	22	1.81	bajo
10¿Ante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le van a realizar, le informa al representante las ventajas y riesgos de los mismos?	15	3	4			22	4.50	medio

Preguntas	5	4	3	2	1	Total	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
11¿Realiza Ud. Consentimiento Informado por escrito a los representantes de sus pacientes?	6	4	4	4	4	22	4.64	alto
12¿Ha recibido usted información acerca del Consentimiento Informado durante sus estudios de pre o post-grado?	8	3	6	2	3	22	3.50	medio
13¿Conoce usted las consecuencias e implicaciones legales del Consentimiento Informado?	14		6	1	1	22	4.14	medio
Promedio total							**4.11**	**medio**

Leyenda: 5=siempre; 4= casi siempre; 3= a menudo; 2= casi nunca; 1=nunca.
Fuente: Encuesta a Especialistas. Hospital J.M. de los Rios. Caracas. 2010

Grafico 5.
Grado de conocimiento de los Médicos Especialistas sobre Consentimiento Informado, según Escala tipo Likert. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010.



Leyenda: Grado de conocimiento alto, medio, bajo
Fuente: Tabla 4

Tabla 6.

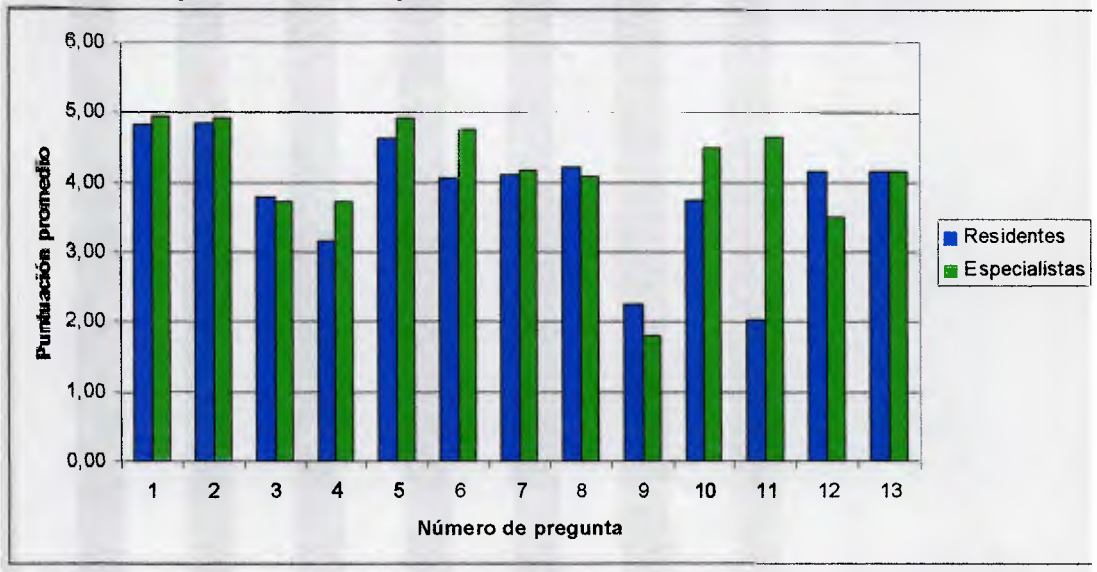
Comparación del grado de conocimiento sobre el Conocimiento Informado entre Residentes y Médicos Especialistas, según puntuación promedio. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010.

Pregunta	Residentes		Especialistas	
	Puntuación promedio	Grado de conocimiento	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
1¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de su enfermedad es necesario?	4.82	alto	4.95	alto
2¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad es necesario?	4.85	alto	4.91	alto
3¿Considera usted que el representante del paciente debe participar en la decisión de los procedimientos diagnósticos y tratamientos que se van a aplicar al paciente?	3.80	medio	3.73	medio
4¿Cuándo la opinión del representante es diferente a la suya, y no es contraria al interés del niño, asume lo que dice el representante?	3.16	medio	3.32	medio
5¿Informa usted a los representantes del paciente acerca de su enfermedad, curso y complicaciones posibles?	4.63	alto	4.91	alto
6¿Informa usted a los representantes del paciente acerca las opciones terapéuticas?	4.05	medio	4.77	alto
7¿Discute usted las acciones a seguir con el representante del paciente después de cada revista o ante algún cambio en la evolución?	4.10	medio	4.18	medio

Pregunta	Puntuación promedio	Grado de conocimiento	Puntuación promedio	Grado de conocimiento
8¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades le explica al representante del paciente las razones de la solicitud?	4.22	medio	4.09	medio
9 ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades solicita la opinión al representante del paciente?	2.25	bajo	1.81	bajo
10¿Ante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le van a realizar, le informa al representante las ventajas y riesgos de los mismos?	3.75	medio	4.50	medio
11¿Realiza Ud. Consentimiento Informado por escrito a los representantes de sus pacientes?	2.02	bajo	4.64	alto
12¿Ha recibido usted información acerca del Consentimiento Informado durante sus estudios de pre o post-grado?	4.15	medio	3.50	medio
13¿Conoce usted las consecuencias e implicaciones legales del Consentimiento Informado?	4.15	medio	4.14	medio
Promedio total	3.84	**medio**	**4.11**	**medio**

Leyenda: 5=siempre; 4= casi siempre; 3= a menudo; 2= casi nunca; 1=nunca.
Fuente: Tabla 3 y 4. Hospital J.M. de los Rios. Caracas. 2010

Gráfico 6.
Comparación del grado de conocimiento sobre el Conocimiento Informado entre Residentes y Médicos Especialistas, según puntuación promedio. Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas. 2010



Leyenda: Puntos de corte, para grado de conocimiento.=Alto > 4,5; Medio entre 4,4 y 2.5; Bajo <2,4
Fuente: Tabla 5

El análisis global de ambas encuestas dejan en evidencia importantes contradicciones que se describen a continuación:

Puntuación alta (> de 4,5) para las preguntas 1, 2 y 5, relacionadas con la conformidad en cuanto a que se debe informar al representante ***siempre*** acerca de la enfermedad, los procedimientos diagnósticos y el tratamiento del paciente, siendo más alta la puntuación para los especialistas (Tabla 5, Gráfico 5).

Puntuación Baja Sin embargo ante la pregunta 9, con referencia a solicitar la opinión del representante para la petición de interconsultas con otras especialidades, la puntuación fue baja, tanto para residentes (2.25) como especialistas (1.81), y si además lo relacionamos con la pregunta número 11 *¿ Realiza ud CI por escrito a los representantes de sus pacientes?* los residentes obtuvieron una puntuación baja (2.02) y los especialistas puntuación alta (4.64. Esto llama la atención debido a que es el residente

quien permanece en contacto directo con el paciente. Al Preguntarle a los especialistas por los formatos de este CI escrito, se refirieron al reverso de la parte frontal de la historia clínica (Anexo A), que la hace firmar la secretaria del servicio o el personal de admisión al representante de los pacientes.

Estos hallazgos pueden relacionarse con una de las consideraciones finales de Trapiani, C (2009) en su trabajo titulado Investigación: *Cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes hospitalizados*, realizado en el hospital de niños, donde refiere:

> Los distintos actores que hacen vida en un centro de salud reconocen la importancia del derecho a la información en materia de salud a los niños, niñas y adolescentes. Se registró los beneficios que puede traer para la adherencia al tratamiento si el paciente está informado de forma sencilla y precisa sobre su estado de salud. Sin embargo, no se evidencian mecanismos uniformes para garantizar este derecho. En la mayoría de los casos la información solo es recibida por los padres, presentantes y responsables, y muy frecuentemente es incomprensible en virtud a la terminología médica. El personal de salud no recibe cursos permanentes de formación o herramientas sobre transmitir información de salud a pacientes pediátricos. Muchas veces el ejercicio de este derecho está condicionado a la edad o grado de escolaridad del paciente, siendo el médico tratante quien toma la decisión sobre qué informar y a quién informar (p. 171)

Se puede hacer entonces la observación que no es suficiente un curso de Bioética, se necesita un enlace permanente entre la teoría y la praçtica que permita que se cumpla de forma sistemática CI verbal en todos los casos y escrito cuando lo exija la ley.

Puntuación Media: Las respuestas a la pregunta 12 *Ha recibido Ud información acerca de CI en sus estudios de pre o postgrado*? Apoya esta aseveración, porque los residentes y los especialistas obtuvieron una puntuación de nivel medio 4.15 y 3.50, respectivamente, mayor para los residentes que podría explicarse porque el curso de bioética es obligatorio para ellos.

Para la pregunta 13 en relación al conocimiento por parte del personal médico de las consecuencias e implicaciones legales del CI, tanto para residentes como para los especialistas; la puntuación fué media 4.15 y 4.14 respectivamente, lo que contrasta con las otras respuestas y podría especularse que como en el Hospital son pocos los casos que han recibido sanciones legales, se mantiene este como un concepto teórico y no práctico.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Comprende cada uno de los hallazgos encontrados en relación a los objetivos planteados, así como las sugerencias para mejorar el consentimiento informado.

Conclusiones

- El nivel de aplicación del Consentimiento informado en la atención de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina del Hospitalde Niños J.M. de los Ríos, medido a través de encuesta a representantes fue moderado (53,84%) para todos los encuestados.
- El grado de conocimiento del médico sobre el Consentimiento Informado y su práctica en la atención de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina del Hospital de Niños J.M. de los Ríos fue medio tanto para los residentes (3.84/5 puntos), como para los especialistas (4.11/5 puntos).
- La información que tiene el representante sobre la enfermedad, tratamientos, procedimientos y pronóstico del paciente es limitada y confusa.
- No se encontró concordancia entre la información dada por el representante y la verificada en la historia clínica, en relación al diagnósticos, porque el 67.735% del total de diagnósticos consignados en las historias para todos los pacientes NO eran conocidos por los pacientes.

- Las contradicciones entre las respuestas dadas por los representantes a la encuesta dejan de manifiesto la relación paternalista-vertical del acto médico.
- Las contradicciones en las respuestas de las preguntas de los médicos establecen una disociación entre la teoría y la práctica del CI por el personal médico.

Recomendaciones:

- Difundir esta información entre el personal médico del Hospital de Niños J.M. de lo Ríos, con el fin de introducir cambios tanto en la forma de impartir la enseñanza sobre CI, como en romper la brecha entre la teoría y la practica del CI.
- Proponer investigación en la vía de diseñar instrumentos para la sistematización de CI verbal en todos los pacientes a su ingreso a la hospitalización y durante la misma.

León, A. (2001). La relación médico paciente. *Ética en medicina. Módulo 3. La relación médico- paciente. Justicia sanitaria.*(pp. 21-53). Caracas. Universidad Central de Venezuela.

Monarquía Parlamentaria Española (2002) *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002 del* 14 de noviembre) Disponible en hhttp://www.msc.es./organización/sns/plancalidadsns/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente_pdf [consultado 05 -06-2010]

República Bolivariana de Venezuela (1999) Constitución de la república Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial* N 36860, de fecha 30 de diciembre de 1999.

_____ (2002) *Proyecto de Reforma de la Ley Orgánica de Salud.* Disponible en:http://www.barrioadentro.gov.ve/ley_organica_salud.pdf. [consultado 15-07-09]

República de Venezuela (1998) *Ley Orgánica de Salud.* Gaceta Oficial N 36579, de fecha 11 de noviembre 1998.

_____ (1982) *Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N* 32707, de fecha 18 de abril 1983.

_____ (1982) *Código Civil* Gaceta Oficial N 2990, de fecha 26 de junio de 1982.

Sánchez, M (2001) El Consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. *Ética en medicina. Módulo 1. Fundamentación* (pp.345-363). Caracas. Universidad Central de Venezuela.

Silva, O. (2007). *Consentimiento Informado.* Apuntes Asignatura Derecho Médico. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

REFERENCIAS

Aguiar Guevara, R (2001) *Tratado de Derecho Médico.* Caracas: Legisle

Arias, F.(2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5ta ed.). Caracas: Episteme .

Balestrini, M. (2006). *Como se elabora el proyecto de investigación* (7ma ed.) Caracas: Consultores Asociados.

D'Empaire, G. (2001). La relación médico-paciente en la medicina de hoy. En Curso de ampliación: *Ética en medicina. Módulo 3. La relación médico paciente. Justicia sanitaria.* (pp.73-90). Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Federación Médica Venezolana (2003). *Código de Deontología Médica. CXXXIX Reunión* Extraordinaria. Barquisimeto

Gafo, J. (2001). El impacto de la demografía en la crisis medio ambiental. *Ética en medicina. Módulo 1. Fundamentación.* (pp.78-102). Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Galán,R. (2006).*Indicadores directos e indirectos de calidad en salud.* En Malagón, Galán y Pontón.(2da). Garantía de calidad en salud. (pp.175-182). Colombia: Panamericana.

García A. (2001) *Historia del Hospital Municipal de Niños de Caracas, J.M. de Los Ríos.* Caracas: Fondo Editorial Institucional de la Alcaldía Mayor.

Gracia, D. (2001). La práctica de La medicina. *Ética en medicina. Módulo 3 La relación médico paciente. Justicia sanitaria.* (pp. 55-72). Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" (2002) Misión y Visión. Disponible en http://www.hospitaljmdelosrios.cjb.net/ [consultado 15-05- 2010]

Trapianni, C (2009) *Cumplimiento de los Derechos de Niños y Niñas y adolescentes Hospitalizados.* Trabajo de Grado de Especialización del Instituto de investigaciones Jurídicas, de la Universidad Católica Andrés Bello. Caracas: Sin Publicar

Velázquez, G. (2006). *Bioética en pediatría. Ética y medicina. Modulo 4: Reproducción y Genética.* (pp 407-448). Caracas. Universidad Central de Venezuela.

A N E X O S

Anexo A : Historia Clínica Hospital de Ninos J.M. de los Ríos

Anexo B: Encuesta para Médicos

Anexo C: Encuesta para Representantes

Anexo D: Carta de Aprobación del Comité de Bioética del Hospital de Ninos J.M. de los Ríos

HISTORIA CLÍNICA

ANEXO A

PARTE I

Apellidos		Nombres	
Edad	Fecha y Lugar de Nacimiento		
Procedencia por Estado	Nacionalidad	S.S.O. u otros	Sello Horario
Dirección Actual Completa		Teléfono	Placa de Identificación
Avisar en caso de Emergencia a:		Parentesco	
Dirección y Teléfono		Fecha de Admisión Anterior	

NOTA: Al ser admitido el paciente debe firmar la autorización que aparece al dorso de esta hoja.

Motivo(s) de Admisión: .....

ENFERMEDAD ACTUAL: (Hacer relato conciso y completo de las dolencias, indicando fecha de comienzo, duración y tratamiento de cada una de ellas).

.....

Diagnóstico de Admisión: .....

Firma del Médico de Admisión

Firma del Médico del Servicio

Salida: por Curación: ..... Mejoría ..... Muerte ..... (Autopsia Pedida ☐) Otras Causas: .....
(Si contra opinión médica, hacerle firmar al dorso)

Diagnóstico Clínico Final: .....

Intervención o Tratamiento: .....

Fecha de Salida: ..... Hora: ..... Firma del Jefe de Servicio .....

Diagnostico Anatomo-patológico: Biopsia: ☐ Autopsia: ☐ .....

AUTORIZACIÓN

El suscrito autoriza al médico o a los médicos encargados del paciente (cuyo nombre aparece en el anverso de esta hoja), a efectuar todo examen, conducta, anestesia, intervención quirúrgica, etc., que se consideren necesarios o aconsejables para el diagnóstico o tratamiento del caso.

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo: _____ O: _____
(Firma) (Paciente)

Parentesco: _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR EGRESO

El suscrito certifica que la persona cuyo nombre aparece en el anverso de esta hoja, paciente del HOSPITAL MUNICIPAL MÉDICO QUIRÚRGICO DE E VALLE, egresa contra la opinión de los médicos y habiendo sido advertido de los riesgos que esto implica, descarga de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al Hospital por las consecuencias que de ello pudiera resultar.

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo: _____ O: _____
(Firma) (Paciente)

Parentesco: _____

ANEXO B

Encuesta para Médicos.

La presente encuesta es anónima y voluntaria; sus respuestas son confidenciales y tiene como fin realizar una investigación denominada "Nivel de aplicación del Consentimiento informado en la atención de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital de Niños J.M. de los Ríos", para optar al grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud de la Universidad Católica Andrés Bello. Sus resultados servirán para hacer un diagnóstico de la situación y tomar correctivos en caso de ser necesario para mejorar la calidad de asistencia. Usted Puede negarse a participar, si así lo desea, sin que esto tenga ninguna repercusión negativa. La autora agradece de antemano su colaboración y pide sea lo más sincero posible en sus respuestas.

Sexo: M____ F_____

Cargo: Especialista ____Residente 1er___ 2do___ 3er____

Servicio:_____

Las siguientes preguntas tienen cinco categorías de respuestas:

5= siempre, 4= casi siempre, 3= a menudo, 2= casi nunca y 1= nunca

1.- ¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de su enfermedad es necesario?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

2.- ¿Cree usted que informar al paciente y a su familia acerca de los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad es necesario?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

3.- ¿Considera usted que el representante del paciente debe participar en la decisión de los procedimientos diagnósticos y tratamientos que se van a aplicar al paciente?

5____ 4____ 3_____ 2____ 1____

4.- ¿Cuándo la opinión del representante es diferente a la suya, y no es contraria al interés del niño, asume lo que dice el representante?

5____4____3____2____1____

5.- ¿Informa usted a los representantes del paciente acerca de su enfermedad, curso y complicaciones posibles?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

6.- ¿Informa usted a los representantes del paciente acerca las opciones *terapéuticas*?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

7.- ¿Discute usted las acciones a seguir con el representante del paciente después de cada revista o ante algún cambio en la evolución?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

8.- ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades le explica al representante del paciente las razones de la solicitud?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

9.- ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades solicita la opinión al representante del paciente?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

10.- ¿Ante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le van a realizar, le informa al representante las ventajas y riesgos de los mismos?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

11.-¿Realiza Ud. Consentimiento Informado por escrito a los representantes de sus pacientes?

5____4____3____2____1____

12.- ¿Ha recibido usted información acerca del Consentimiento Informado durante sus estudios de pre o post-grado?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

13.- ¿Conoce usted las consecuencias e implicaciones legales del Consentimiento Informado?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

Por su amable colaboración: Muchas Gracias.

ANEXO C

Encuesta para Representantes.

La presente encuesta es anónima y voluntaria, tiene como fin realizar una investigación sobre "Nivel de aplicación del Consentimiento Informado en la atención de pacientes hospitalizados en el Hospital de Niños J.M. de los Ríos", para optar al título de Especialista en Gerencia de servicios asistenciales de salud de la Universidad Católica Andrés Bello. La información obtenida también será utilizada para diagnosticar el proceso de información al paciente y de acuerdo a este diagnóstico se tomarán medidas para mantener, corregir o mejorar la calidad de atención.
Ud puede negarse, si así lo desea, a participar en este estudio sin que por ello exista repercusión negativa en la atención de su representado. La autora agradece de antemano su colaboración y le pide ser lo más sincero posible en sus respuestas.

Servicio:_____

Sexo: M____ F____ Edad en años: 18 y menos____ 19-25____

26-30____ 31-35____ 36-40____ 41-45___ 46-50____ 51 y más____.

Grado de instrucción:_____

Ocupación: _____

Parentesco: _____ Tiempo de hospitalización: _____

Edad del paciente: Menos 12 a_____Entre 12 y 15 a____Mayores 16 a_____

1.- ¿Sabe usted cúal es el diagnóstico de su representado? Si____ No____.

2.- De ser positiva su respuesta ¿Quien se lo informó?_____

3.- ¿Cuáles son los diagnósticos?_____

_____

4.- ¿Tiene claro él o los diagnósticos? Si____ No____

5.- ¿Sabe Ud. si su representado puede tener complicaciones durante la hospitalización? Si_____No ____. Cuáles? _____

_____

6.- ¿Participó usted en la decisión de ingresar a su representado?

Si____ No ____

5.- ¿Informa usted a los representantes del paciente acerca de su enfermedad, curso y complicaciones posibles?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

6.- ¿Informa usted a los representantes del paciente acerca las opciones terapéuticas?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

7.- ¿Discute usted las acciones a seguir con el representante del paciente después de cada revista o ante algún cambio en la evolución?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

8.- ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades le explica al representante del paciente las razones de la solicitud?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

9.- ¿Cuando usted decide pedir interconsultas con otras especialidades solicita la opinión al representante del paciente?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

10.- ¿Ante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le van a realizar, le informa al representante las ventajas y riesgos de los mismos?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

11.-¿Realiza Ud. Consentimiento Informado por escrito a los representantes de sus pacientes?

5____4____3____2____1____

12.- ¿Ha recibido usted información acerca del Consentimiento Informado durante sus estudios de pre o post-grado?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

13.- ¿Conoce usted las consecuencias e implicaciones legales del Consentimiento Informado?

5____ 4____ 3____ 2____ 1____

Por su amable colaboración: Muchas Gracias.

ANEXO D

Hospital de Niños "J.M. de los Rios"

COMISIÓN DE BIOÉTICA

Caracas 04 de noviembre de 2009

Ciudadana:
Dra. Olga Figueroa
Presente.

Distinguida doctora Figueroa

La Comisión de Bioética evaluó en su reunión del día de hoy, el protocolo de investigación denominado ".NIVEL DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS. CARACAS. 2009." Esta Comisión, decidió otorgar el aval al Protocolo, por considerar que no tienen objeciones éticas ni metodológicas.

Atentamente

Por la Comisión de Bioética

Dra. Alba Valer
Coordinadora

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ALCALDIA MAYOR
Distrito Metropolitano de Caracas
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE NIÑOS "J.M. DE LOS RIOS"
COMISION DE BIOETICA

Dra. Gladys Velásquez
Secretaria