



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“ERNESTO CHE GUEVARA DE LA SERNA”

PINAR DEL RÍO

EQUILIBRIO ÉTICO PARA LA TOMA DE DECISIONES ASISTENCIALES EN PACIENTES CRÍTICOS. HOSPITAL “ABEL SANTAMARÍA”. 2005-2006.

Ethic equilibrium in the process of decision-making to assist severely-ill patients. “Abel Santamaria Cuadrado” General-teaching hospital.

Annia Porras Suárez (1), Karen Sanford Dies (2), Jose Alberto González Aguilar (3), Dr. Oleg León Pimentel (4).

1. Alumno de 3er. año de la Carrera de Medicina Facultad Ernesto Che Guevara de Pinar del Río.
2. Alumno de 3er. año de la Carrera de Medicina Facultad Ernesto Che Guevara de Pinar del Río.
3. Alumno de 3er. año de la Carrera de Medicina Facultad Ernesto Che Guevara de Pinar del Río.
4. Especialista de I Grado en Medicina Interna e Intensivistas. Profesor Instructor de Medicina Interna.

RESUMEN

A fin de caracterizar el comportamiento del proceso de la toma de decisiones asistenciales con el paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y de intervención, en el cual se estudiaron dos cohortes consecutivas de pacientes (280 cada una). Se registraron todas las decisiones asistenciales y procedimientos realizados en el primer periodo y toma de decisiones alegórica al consentimiento informado e implicado. En un segundo período de intervención, con técnicas estratégicas especializadas, se solicitó a los pacientes (que tuviesen puntaje inferior a 50 puntos en la escala de Karnofky), familiares y allegados su consentimiento informado, volviéndose a registrar el número de procedimientos y de consentimientos informados individuales obtenidos. Siempre que pudo ser posible, se le consultó el procedimiento a realizar al paciente y las acciones médicas. Cuando esto no fue posible, se tomó el criterio del familiar o allegado competente y en tercera instancia, el criterio del consenso absoluto de todo el equipo asistencial de trabajo, el consentimiento implicado. Se obtuvo un tránsito en el protagonismo de las decisiones asistenciales con el paciente crítico, donde inicialmente primaba casi absolutamente el consentimiento implicado para pasar al informado de pacientes y familiares. Además se incrementó en la medida de lo posible la participación de los pacientes graves y familiares en el proceso asistencial. Las enfermedades cardiovasculares agudas fueron las situaciones clínicas que permitieron más autonomía en el consentimiento informado, y la falla múltiple de órganos donde el consentimiento implicado predominó.

Palabras Claves: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/estudio, PACIENTES.

ABSTRACT

Aimed at characterizing the process of decision-making to assist severely-ill patients in the Intensive Care Units a prospective, longitudinal and intervention study was conducted. Two consecutive cohorts of patients were taken (280 each one). Decision-makings and procedures in the assistance of this group of patients were carried out during the first period and the decision-makings pertaining to the informed and implied consent were registered, in the second period of intervention specialized-strategic-techniques were used to obtain from patients (having an inferior score of 50 in Karnofky scale), families and relatives their informed consent. The number of procedures and of the individual informed consent was obtained; when possible the procedures and medical measures to be taken were analyzed with the patients, when it was impossible; then families and relatives offered their criteria. In third place, the criteria of absolute consent emerged from the medical team (implied consent). In the stage of decision-making process for severely-ill patients prevailed the implied consent changing into informed consent of patients and families. Besides; it increased, when possible the participation of patients and families in the health assistance process. Acute cardiovascular diseases were the clinical entities which allowed more autonomy in the informed consent. In multiple organ failure the implied consent prevailed.

Key words: INTENSIVE CARE UNITS/study, PATIENTS.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes gravemente enfermos son una población muy vulnerable con respecto al consentimiento informado; por un lado tienen tendencia a sufrir muchos procedimientos invasores, incluso, de soporte vital, y, por otro, la naturaleza de su enfermedad o su tratamiento los limita a participar en el proceso de consentimiento en ocasiones. Además, el curso de la enfermedad puede ser rápido e impredecible, dando lugar a que no se tenga tiempo de localizar a un familiar. En múltiples ocasiones el consentimiento de las decisiones asistenciales del paciente crítico ocurre a expensas del consenso del grupo básico asistencial del paciente grave y es conocido como "el consentimiento implicado", el cual asume que la mayoría de las personas estarán de acuerdo con el tratamiento, pero su aplicación excesiva ocasiona una limitación potencial del principio de autonomía (1-3).

El mayor cambio que se ha producido en el patrón de las relaciones entre médico y paciente radica en un factor positivo y negativo. El factor positivo es la asunción por parte del paciente de unos determinados derechos, que hasta ahora no se le habían reconocido (2-4).

El paciente tiene derechos. Y los derechos básicos no pueden ser derogados, como máximo los derechos cívicos pueden ser suspendidos (es el caso de delincuentes que se encuentran en la prisión), y nunca de forma absoluta. Pero insisto, los derechos básicos, no pueden ser ignorados. El individuo hará con ese derecho lo que quiera; lo puede ejercer o no, puede delegarlo, ese es su privilegio. No hace falta recordar ahora que el derecho a la vida y como consecuencia a la salud y su conservación, es uno de esos derechos básicos (2, 3,5-7).

El factor negativo afecta al médico, al profesional sanitario, que ha pasado de una posición casi mágica, sacerdotal, a una participativa en la que ejerce su capacidad y saber con la aquiescencia del paciente y nunca pese a él. Ese factor negativo se traduce en la desaparición de aquello de "**yo sé lo que es mejor para el paciente...**". Porque es posible que el sanitario, el médico sepa lo que es mejor, pero el paciente tiene derecho a aceptarlo o no, cuando dispone de los suficientes elementos de análisis, la capacidad para realizarlo y la posibilidad de actuar consecuentemente. A esto, en terminología se le llama competencia (3, 5,6).

Pero centrémonos ahora en dos hechos que no pueden olvidarse, fundamentalmente si estamos frente a un paciente en situación crítica. Existe la percepción de que muchos enfermos, en especial los más graves, aunque conscientes y con una capacidad mental aparentemente conservada, presentan dificultades para resolver tareas mentales complejas y tomar decisiones clínicas informadas. Sin embargo, se ha demostrado que aquellos con puntuación inferior a 50 en la escala de Karnofky muestran un desenvolvimiento bastante adecuado en cuanto al concepto de auto responsabilidad de su salud. Por otro lado, los familiares de los pacientes críticos se encuentran sometidos a un estrés emocional intenso y son a menudo los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente acerca de la instauración, mantenimiento o suspensión de las medidas de soporte vital. Se sabe que distintos trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, dificultan la capacidad de los seres humanos para afrontar situaciones difíciles y actuar adecuadamente. Estas alteraciones y sus consecuencias han sido

estudiadas en los familiares y allegados de los pacientes críticos, y podrían tener una gran importancia respecto a su capacidad para participar en la toma de decisiones que se les supone y exige a los pacientes en situación crítica; suelen estarlo de manera rápida, aguda, habitualmente no esperada, y por lo tanto, difícilmente habrán establecido los recursos y mecanismos mentales para hacer frente a esa situación de potencial compromiso vital de su familiar (2,4,7-9).

Motivados por este dilema ético y tan poco abordado en nuestras unidades de cuidados intensivos, nos decidimos a realizar este trabajo con el propósito de describir el comportamiento del proceso de la toma de decisiones asistenciales en el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos que se ubica en la cuarta planta.

OBJETIVOS:

General:

- Ø Describir el comportamiento del proceso de toma de decisiones asistenciales en el paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos... "Hospital Abel Santamaría Cuadrado" Año 2005 – 2006.

Específicos:

- Ø Definir el protagonismo de la toma de decisiones asistenciales en el paciente crítico en los dos períodos...
- Ø Describir los procedimientos asistenciales más frecuentes y el nivel de participación de los diferentes grupos en los diferentes períodos...
- Ø Relacionar las situaciones clínicas básicas con el nivel de participación de los diferentes grupos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y de intervención con el fin de identificar el comportamiento de la toma de decisiones asistenciales en la unidad de cuidados intensivos de la cuarta planta del Hospital "Abel Santamaría", desde Marzo 2005 hasta Enero 2006.

Se estudiaron dos cohortes consecutivos de pacientes (560 en total, 280 en cada uno de los grupos). Se registraron los procedimientos realizados durante ese periodo y las veces que se había solicitado el consentimiento informado formal. Se procedió a realizar un entrenamiento intensivo de dos meses con el grupo asistencia de la unidad, en cuyo curso se incorporó la concepción de la posición participativa del médico de cuidados intensivos a diferencia de la tradicional y

clásica posición en que se obtiene el criterio del paciente y de sus familiares y allegados.

Se confeccionó un formulario con el apoyo del grupo básico asistencial sobre los procedimientos en que se consideraba necesario la obtención de un consentimiento informado formal diseñándose una hoja única, (Anexo No. 1) para la obtención del consentimiento previo, que incluyó once procedimientos comunes puestos a disposición de todos los pacientes y en la sala de espera a los familiares. En un segundo periodo de intervención, con técnicas estratégicas especializadas de intervención, se solicitó a pacientes (que tuviesen un puntaje inferior a 50 puntos en la escala de Karnofky), el consentimiento informado para los procederes futuros a realizar en su persona en beneficio de su salud. A los familiares y allegados se les brindó información pormenorizada y amplia de la situación clínica, vertientes terapéuticas, complicaciones y pronóstico; además de que se abordaron elementos del curso natural de la enfermedad en el caso de que no se procediera con las maniobras o vertientes del tratamiento intervencionista. Por otro lado, se le facilitó el modelo para que leyeran y firmaran la hoja de consentimiento previo y se volvió a registrar el número de procedimientos y de consentimientos informados individuales obtenidos.

La estrategia empleada fue la siguiente:

- Ø Siempre que pudo ser posible, dada la enfermedad del paciente, su estado de conciencia y su nivel de comprensión de su estado clínico, se le consultó el procedimiento para realizar acciones médicas intervencionistas.
- Ø Cuando esto no fue posible, se tomó el criterio del representante de la familia (que mostrase aptitud para las decisiones). En caso de no tener familia, de personas allegadas con estrecho vínculo con el paciente.
- Ø En tercera instancia, y en este orden se tomó el criterio del consenso absoluto de todo el equipo asistencial de trabajo con transparencia absoluta y centrada en el primer principio de la Bioética "no hacer daño".

Además se agruparon las entidades nosológicas en grandes grupos de afecciones y se estratificó en relación al grado de participación en el consentimiento informado por parte del paciente, de sus familiares y allegados o el consentimiento implicado, es decir, el consentimiento del grupo básico de trabajo.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

Para la realización de este trabajo se tomó por escrito la voluntariedad de participar y de abandonar el estudio en el momento en que así lo desearan (Anexo No. 2). Además, los resultados de la investigación solo se presentarán en eventos científicos o revistas biomédicas de reconocido prestigio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis estadístico de los resultados se emplearon estadígrafos descriptivos (media porcentual), y para comprender los resultados obtenidos se realizaron inferencias utilizando el test de hipótesis de proporciones con un nivel de significación de $\alpha < 0.05$. Se aplicó el sistema estadístico SYSTAT, presentando los resultados obtenidos en tablas simples y de contingencias.

DEFICIONES OPERACIONALES CONCOMITANTES:

Decisiones asistenciales: Se entendió todas aquellas conductas a tomar con el paciente en el contexto clínico de las unidades de cuidados intensivos y que incluyen desde su admisión en la unidad, los procedimientos diagnósticos, medidas de soporte de la vida, proceder invasivos, estrategias terapéuticas, así como la decisión de la salida de la unidad.

Consentimiento implicado: Se entendió como el consenso de ideas, criterios y juicios de valor de todo el colectivo asistencial, sustentado en el principio primero de no hacer daño y de beneficencia para el paciente, cuando no hubo posibilidades por razones médicas obvias, la posibilidad de obtenerlo del paciente y cuando no hubo familiares y/o allegados.

Las variables analizadas fueron operacionalizadas de la siguiente manera:

| VARIABLE | TIPO | ESCALA | MEDIDA |
|---------------------------|---|---|---|
| Decisiones Asistenciales. | Cualitativa. Nominal. Politémica. | Descripción de acuerdo a: Conductas tomadas con el paciente, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. | Media porcentual, prueba de Hipótesis. |
| Consentimiento Implicado. | Cualitativa. Nominal. Dicotómica. | Descripción en Sí o No hubo consentimiento implicado, De acuerdo a procedimientos realizados y a situaciones clínicas básicas. | Media porcentual, Prueba de Hipótesis. |
| Consentimiento Informado. | Cualitativa. Nominal. Dicotómica. | Descripción en: Consentimiento informado paciente. Consentimiento informado a familiares y/o allegados. | Media porcentual, Prueba de Hipótesis. |

RESULTADOS

En la tabla I se muestra el protagonismo de las decisiones implementadas, apreciando las diferencias entre la primera cohorte y al segunda, donde se observa el aumento desde 53 consentimientos para un 18,92%, pertenecientes a familiares y/o allegados hasta los 244 consentimientos para un 87,14%, de igual grupo en el segundo período, con alta significación estadística $p < 0.001$.

Tabla I. Protagonismo de las decisiones asistenciales en la unidad de Cuidados Intensivos de la cuarta planta. Hospital "Abel Santamaría". 2005-2006.

| Protagonismo de la decisiones Asistenciales | Primer Período | | Segundo Período | |
|---|----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | No | % | No. | % |
| Paciente Grave. | 17 | 6,07 | 65 | 23,21 |
| Familiares y/o Allegados. | 36 | 12,85 | 179 | 63,92 |
| Grupo médico de trabajo. | 227 | 81,07 | 36 | 12,85 |
| Total. | 280 | 100 | 280 | 100 |

La tabla II se puede apreciar el incremento ostensible de los consentimientos informados, por parte de los pacientes graves, sus familiares y allegados, y en el segundo grupo respecto al primero en procedimientos invasivos tales como: Colocación de catéteres centro venosos, administración de hemoderivados, realización de la punción lumbar y vía venosa periférica. Con diferencias estadísticas significativas ($p < 0.001$), en el test de Hipótesis de proporciones. En ambos períodos, la mayoría de los consentimientos no implicados se obtuvieron de los familiares. Se aprecian una enorme diferencia entre la cantidad de consentimientos implicados en el primer

período y el segundo (donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p < 0.001$).

Tabla II: Procedimientos realizados durante los dos periodos de estudio y su relación con el nivel de decisiones. Hospital "Abel Santamaría" 2005-2006.

| Procedimiento. | Primer período. | | | Segundo período. | | |
|-------------------------|-----------------|------|------|------------------|------|-----|
| | Cp | Cf | Ci | Cp | Cf | Ci |
| | N= | N= | N= | N= | N= | N= |
| | 7 % | 29 % | 64 % | 27 % | 62 % | 11% |
| Catéter venoso central. | 14 | 24 | 175 | 45 | 163 | 23 |
| Transfusión. | 4 | 5 | 12 | 8 | 13 | 1 |
| Endoscopia G.I. | 1 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| Toracocentesis. | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| Punción lumbar. | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 |
| Broncoscopia. | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| Swan-Ganz. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Paracentesis. | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 |
| Traqueostomía. | 0 | 6 | 6 | 0 | 18 | 2 |
| Vía venosa periférica. | 4 | 87 | 213 | 58 | 204 | 12 |
| Tubo endotraqueal. | 1 | 6 | 48 | 4 | 45 | 10 |

Cp⇒ Consentimiento Informado Paciente.

Cf⇒ Consentimiento Informado Familiar o allegado.

Ci⇒ Consentimiento implicado (aplicado por el grupo médico básico asistencial)

El nivel de participación de los diferentes grupos y su relación con las situaciones clínicas básicas en el segundo período se ilustra en la tabla III. En esta se aprecia como la mayor autonomía para el paciente estuvo representado en aquellos que padecieron de enfermedades cardiovasculares agudas o crónicas descompensadas (con 86 consentimientos de pacientes para un 65,15 %), así como las renales (con 18 para un 50,00% dentro de este grupo) y respiratorias agudas que no estuviesen con soporte respiratorio artificial, por otro lado se apreció mayor representación en

el consentimiento implicado en aquellas enfermedades que por la complejidad se escapa de la comprensión de pacientes y familiares con cultura general y médica promedio como el síndrome de disfunción múltiple de órganos (con 26 consentimientos implicados para un 92,85%), en cambio, otras por la premura de la llegada al hospital, como el caso de los accidentados (con 6 consentimientos implicados para un 66,66%). En un rango intermedio jugaron un papel preponderante el consentimiento liderado por los familiares y allegados, fundamentalmente en las enfermedades neurológicas (con 122 casos para un 64,21%) y las enfermedades respiratorias severas con o sin insuficiencia respiratoria aguda (con 139 consentimientos de familiares y allegados para un 84,75 %).

Tabla III. Distribución de las situaciones clínicas básicas y el nivel de participación de los diferentes representantes del consentimiento. Hospital "Abel Santamaría". 2005-2006.

| Situaciones clínicas básicas | Cp | % | Cf | % | 64 | Ci | % | 13 | Total |
|-------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|--------------|
| Enfermedades neurológicas. | 12 | 6,31% | 122 | 64,21 % | 56 | 29,47% | 190 | | |
| Enfermedades Respiratorias. | 31 | 18,90% | 139 | 84,75% | 25 | 15,24% | 164 | | |
| Enfermedades Cardiovasculares. | 86 | 65,15% | 27 | 20,45% | 19 | 14,39% | 132 | | |
| Accidentes. | 1 | 11,11% | 2 | 22,22% | 6 | 66,66% | 9 | | |
| Enfermedades Renales | 18 | 50,00% | 11 | 30,55% | 7 | 19,44% | 36 | | |
| Fallo Múltiple órganos. | 0 | 0% | 2 | 7,14% | 26 | 92,85 % | 28 | | |

Cp⇒ Consentimiento Informado Paciente.

Cf⇒ Consentimiento Informado Familiar o allegado.

Ci⇒ Consentimiento implicado (aplicado por el grupo médico básico asistencial)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El incremento en las decisiones asistenciales de los familiares y/o allegados y de los pacientes graves propiamente dichos (que se encuentre en condiciones de integridad mental para decisiones sobre las estrategias terapéuticas sobre su enfermedad), se debió en este estudio a los siguientes factores: cambio de concepción paternalista de los médicos del grupo asistencial de la unidad con una proyección de trabajo asistencial más participativa, donde el paciente pueda aportar y opinar una vez que se le han mostrado los elementos lógicos para la toma de decisiones, sin cometer claramente iatrogenia. En su defecto es la familia y/o allegados del paciente y cuando esto no fue posible, en ese orden se aplicó lo que se conoce como el consentimiento implicado, que no fue más que la decisión transparente y sopesada de todo el colectivo asistencial de la unidad, con el principio básico de primero "no hacer daño" (3,6,8-10).

Por otro lado no existieron en este estudio diferencias significativas en los procedimientos de colocación de catéteres Swan - Ganz, por la baja tasa de colocación en ambos períodos (10-12).

Todo esto implicó un incremento del tiempo de intercambio con pacientes y familiares de la información y la incorporación de medios visuales para enriquecer este proceso (16).

Esto se debió, básicamente, al perfeccionamiento del proceso de transmisión de la información sobre el paciente grave y de una nueva conceptualización respecto al proceso de intercambio de puntos de vista y al estado de salud del paciente crítico, además de aportar las informaciones de una manera lineal, llana, sencilla, clara, explícita e ilustrativa, se sustentase en un soporte actualizado y científico, respaldado en las estadísticas de estudios multicéntricos, respecto a las implicaciones de si se hace algo o a las probabilidades que tienen, de ocurrir reacciones nefastas si no se hicieran estas y cuáles podrían haber sido las implicaciones de cada una de las situaciones clínicas que se presentaron en cuestión (11,13-15).

Relacionado con el nivel de participación que tuvieron los pacientes, familiares y /o allegados, o sea, su consentimiento informado ante la distribución de las diferentes situaciones clínicas básicas estudiadas; su autonomía estuvo representada por: enfermedades cardiovasculares agudas o crónicas descompensadas, renales y respiratorias, donde los pacientes pudieron mostrar su consentimiento informado en una amplia participación, sin embargo en afecciones como: disfunción múltiple de órganos y accidentados la autonomía muestra una amplia participación de consentimientos implicados, esto obviamente se debe al deterioro de la esfera cognitiva que genera las enfermedades neurológicas, específicamente la más frecuente en nuestro medio: la enfermedad cerebro vascular en sus diversas formas clínicas, que impide un juicio crítico de la realidad por parte del paciente, por lo que se debe derivar la alta responsabilidad de las decisiones de su salud a sus familiares con responsabilidad legal y de alta honestidad o personas muy allegadas con similares características (15-18).

CONCLUSIONES

Ø Se concluye que hubo un tránsito en el protagonismo de las decisiones asistenciales en el paciente crítico, donde inicialmente primaba casi absolutamente el consentimiento implicado para pasar al consentimiento informado de pacientes y familiares. Además se derivó del estudio que los procedimientos asistenciales invasivos en los que más participaron los pacientes graves y sus familiares y/o allegados fueron colocación de catéteres centro venosos, administración de hemoderivados, realización de la punción lumbar y vía venosa periférica. En ambos períodos, la mayoría de los consentimientos no implicados se obtuvieron de los familiares. Por otro lado, enfermedades cardiovasculares agudas fueron las situaciones clínicas que permitieron más autonomía en el consentimiento informado, encontrándose en el polo opuesto la falla múltiple de órganos donde el consentimiento implicado predominó, y en un rango intermedio, el consentimiento informado rectorado por los familiares, que fueron las enfermedades respiratorias severas con insuficiencia respiratoria asociada o no y las enfermedades cerebro vasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Casado M. La discussió sobre l'eutanàsia. En: Casado M, Sarriblle G, editores. La mort en les ciències socials. Barcelona: Editorial Gráficas Signo S.A., 2001 p. 67.
- 2- Navarro A. Bioética y Ley General de Sanidad. En: Casado M, editor. Materiales de bioética y derecho. Barcelona: Cedecs Editorial S.L., 2002; p. 88-93. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, justice. En: Beauchamp TL, Childress JF, editors. Principles of biomedical ethics (4th ed.). New York: Oxford University Press, 2004; p. 120-394.
- 4- The SUPPORT principal investigators for the SUPPORT project. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients; the Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and risk of Treatment. JAMA 2003; 274: 1591-8.
- 5-Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Ediciones Paidós, 1995.
- 6- World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Ethical principles in intensive care. Ethical guidelines. Intens Crit Care Digest 2003; 11:40-1.
- 7- Royes A. Voluntades anticipadas. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:424-7.
- 8- Emanuel EJ. Care for dying patients. Lancet 2003; 349: 1714.
- 9- Muir JA. Elección del paciente y práctica clínica basada en la evidencia. En: Muir JA, editor. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone España, S.L., 2004; p. 227-33.

- 10- Casado M. La Bioética. En: Casado M, editor. Materiales de bioética y derecho. Casado M. Barcelona: Cedecs Editorial S.L., 2005; p. 42
- 11- Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. Revista de Calidad Asistencial 2003; 11:177-83.
- 12- Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc) 2002; 110:382-90.
13. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 2002; 95:385-8.
- 14- Solsona JF, Abizanda R. Hacia la elaboración de criterios de ingreso en los servicios de medicina intensiva. Med Intensiva 2004; 22:72-3.
15. Cabré LI, Costa J, Carrasco G, Molina R. Sistemas de puntuación de gravedad. Mortalidad. Revista de Calidad Asistencial 2001; 11:47-53.
16. Abizanda R. Selección frente a elección. Política de ingresos y altas en las unidades de cuidados intensivos. Med Intensiva 2005; 15:322-8.
17. Abizanda R, Miravet V, Heras A, Guasch X, Mecho D. Ética y soporte nutricional. Med Intensiva 2004; 18:460-4.
18. Vincent JLC Communication in the ICU. Intens Care Med 2004; 23:1093-8.

ANEXO No. 1

Consentimiento informado previo: (que incluye la descripción a los pacientes y/o familiares y allegados sobre los procedimientos comunes) QUE SE LE REALIZAN A LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

1. Catéter venoso central.
2. Transfusión.
3. Endoscopia G.I.
4. Toracocentesis.
5. Punción lumbar.
6. Broncoscopía.
7. Swan-Ganz.
8. Paracentesis.
9. Traqueostomía.
10. Vía venosa periférica.

11. Tubo endotraqueal.

ANEXO No. 2

FORMULARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado:

Consentimiento del PACIENTE, FAMILIARES Y/O ALLEGADOS para su participación en la investigación.

Yo _____

He leído y comprendido la información que me ha sido entregada sobre la investigación.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre la investigación, obteniendo respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información sobre la investigación, comprendiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en mis cuidados médicos intensivos.

He recibido la información sobre riesgos de efectos adversos, informándome que la siguiente investigación no posee riesgo de efectos adversos, ya que no son utilizados ni procedimientos de laboratorio, ni medicamento alguno que no sean los establecidos para la cura de la afección por la que ingresó en la unidad de cuidados intensivos.

Se me ha informado que el investigador garantizará que este estudio se realice en conformidad con las disposiciones en que se lleva a cabo la investigación, que concedan la máxima protección al paciente.

Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación de los Médicos y estudiantes a cargo de la investigación, quienes me han informado del objetivo de la investigación y sus características.

Por todo lo anterior planteado doy mi consentimiento para ser incluido como paciente en la investigación sobre: Equilibrio Ético para la toma de decisiones asistenciales en pacientes crítico hospitalizados.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto a los médicos y estudiantes que me ha dado las explicaciones.

Firma de Paciente:

Fechado por la paciente: W/W/W .

Firma del médico y/o
estudiantes: _____

—

Fechado por el médico y/o estudiantes: W/W/W .

Firma del testigo:

Fechado por el testigo: W/W/W .