



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN

TESIS

"VALIDACIÓN DEL FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. ADRIANA CERVANTES RIVAS

ASESORES DE TESIS

DR. CARLOS SEGURA RIOS

DR. MARIO HUMBERTO CARDIEL

MORELIA MICHOACÁN, AGOSTO 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES DE TESIS

DR. JULIO FERNANDO NOCETTI TIZNADO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

DR. CARLOS ARTURO AREAN MARTÍNEZ
JEFE DEL DPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. JOSÉ ROLANDO CHÁVEZ CORTES
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

DR. SANTIAGO CORONA VERDUZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. CARLOS SEGURA RIOS
ASESOR DE TESIS

DR. MARIO HUMBERTO CARDIEL
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme brindado la oportunidad de llegar a este momento y de compartirlo con todos ustedes que son las personas a quienes tanto quiero.

A MIS PADRES

Les agradezco en primer lugar por haberme dado la vida, y en segundo lugar su apoyo incondicional en todo momento, por estar cerca de mí cuando lo he necesitado, por ser mi inspiración para seguir superándome como persona y profesionalmente, este trabajo es resultado de su gran amor, sacrificios y esfuerzos. Gracias por haber creído en mí.

A MIS HERMANOS

Por ser parte de mí, por el tiempo que me han dedicado, por sus consejos, por la confianza y por toda la fuerza que juntos me han brindado para seguir siempre firme.

A MIS SOBRINAS

Ashely y Jeniffer, por el amor y cariño que siempre me han brindado, porque a pesar de la distancia siempre estaremos cerca. Las quiero mucho pequeñitas.

A EDUARDO

Gracias por tu apoyo incondicional, por tu paciencia, porque a pesar de las adversidades has seguido junto a mí a lo largo del camino.

A MIS MAESTROS

Gracias a todos y cada uno de ellos por enseñarme las bases y secretos de anestesiología, porque estuvieron siempre cuando lo necesité, les debo gran parte de mis conocimientos, de mi crecimiento y seguridad; gracias por caminar estos tres años junto a mí.

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mis padres Manuel y Ma. Estela, porque es gracias a ellos que conocí la vida, por haberme regalado la herencia más valiosa “mi profesión”, por el apoyo que siempre me han dado, por la educación, todos los valores que aprendí de ellos y que me han permitido crecer como persona y profesionalista.

A mi mamá por su apoyo y dedicación, por su comprensión, porque a pesar de momentos difíciles no me dejó rendirme, por haber estado a mi lado siempre

A mi papá, por haberme brindado la oportunidad de tener una profesión, por haberme apoyado siempre. Gracias a los dos por ser mis padres, tal vez nunca pueda pagarles todos sus sacrificios y desvelos por mí, pero esto es una pequeña recompensa.

A mis abuelos Leobardo y Rosa, por el cariño y amor que siempre me han brindado, por su apoyo y comprensión, por confiar en mí, por quererme tanto, recordarles que son muy importantes en mi vida y que son una gran inspiración para mi superación, que siempre estarán en mi corazón.

A Eduardo te agradezco todo este tiempo de amor y confianza, sabes le agradezco infinitamente a Dios por haberte encontrado.

A mis maestros, por haber compartido sus conocimientos conmigo, al Dr. José Rolando Chávez, de igual manera a la Dra. Rosalinda Castillo por su amistad, confianza y paciencia, al Dr. Santiago Corona, titular de curso por su apoyo a lo largo de estos 3 años de aprendizaje, al Dr. Carlos Segura Ríos mi asesor de tesis. A la Dra. Claudia Ramos Olmos que aparte de ser mi maestra es una amiga, quien me apoyo tanto dentro como fuera del hospital. Al Dr. Mario Cardiel por ayudarme a realizar este proyecto, por su paciencia y comprensión Gracias a todos mis maestros por todos los momentos de enseñanza, por su gran amistad y apoyo.

A todos mis compañeros a los cuales aprendí a querer y respetar tal y como son cada uno de ellos. A Dianita Ceballos porque a ella debo mucho de lo soy, gracias por tu enseñanza y paciencia. A Figueroa por estar siempre tras de mí con el látigo de la enseñanza. Como no dedicar este trabajo a mis amigas Jeymmi y Mau con las cuales compartí tantos momentos a lo largo de estos 3 años, las quiero mucho amigas.

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO.....	13
JUSTIFICACION	29
OBJETIVOS	30
HIPÓTESIS	31
MATERIAL Y MÉTODOS	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
RESULTADOS	36
DISCUSION	53
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	60

RESUMEN

Se realizó en la ciudad de Morelia en el Hospital civil Dr. Miguel Silva el presente estudio con el fin de llevar a cabo la validación de los formatos de valoración pre anestésica y consentimiento informado que cumpla con los lineamientos éticos y legales que exigen las normas vigentes en nuestro país. Se incluyeron 33 médicos anesthesiólogos del departamento de anestesiología de este hospital, 14 de ellos médicos residentes y 19 médicos adscritos, los cuales respondieron una encuesta sobre las características deseables de la valoración pre anestésica y consentimiento informado para conocer las necesidades que estos profesionales requieren de dichos instrumentos; posteriormente se presento para su evaluación los formatos propuestos y nuevamente se aplico una encuesta para conocer el grado de aceptación de los mismos, a las encuestas realizadas se les aplico al proceso estadístico Alpha de Cronbach, se determino una validez interna de 0.902, asimismo se realizo estadística descriptiva para conocer las características poblacionales del departamento de anestesiología, se determino que los formatos propuestos cumplen con las expectativas y necesidades que los médicos del departamento de anestesiología requieren.

INTRODUCCIÓN

Entre las obligaciones del anestesiólogo, y como lo establece la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología esta el deber de informar, lo que se logra con una buena relación anestesiólogo paciente. Existen diferencias cruciales entre la relación medico paciente que se entabla entre los anestesiólogos y el paciente como son las siguientes:

El paciente llega habitualmente al procedimiento anestésico luego de haber recorrido un camino para la elaboración del diagnóstico definitivo y la proposición quirúrgica; sin embargo nunca ha hablado con el anestesiólogo sobre las características del proceso anestésico que va a recibir e incluso puede ser que nunca le hayan mencionado la participación del anestesiólogo en su método quirúrgico. Es en la etapa culminante y final de su tratamiento cuando debe enfrentarse con un profesional que desconoce, con el que nunca se ha comunicado y el cual no ha elegido personalmente.

Es interesante y curioso mencionar que muchos enfermos y familiares tienen la idea de que el anestesiólogo no es un médico o lo consideran como un médico general poseedor de ciertas destrezas y capacidades técnicas especiales. Contrariamente a lo que sucede con el cirujano, la relación anestesiólogo paciente es endeble, sin la continuidad ni el tiempo que cumplen otros actos médico, diagnósticos o terapéuticos. En el mejor de los casos el anestesiólogo ve al paciente un día antes de la cirugía, pero lo habitual es que el enfermo sea entrevistado por el anestesiólogo en una sola oportunidad, en situaciones de gran incertidumbre con la limitante del tiempo y en locaciones inapropiadas (algunas veces en la sala de operaciones) circunstancias a las que suman la ansiedad, el temor y la aprensión del paciente frente a la inherencia de la anestesia y la operación.

Algunas características de la relación anestesiólogo paciente son:

- 1.- La visita pre anestésica es breve y el paciente no conoce ni selecciona al anestesiólogo.
- 2.- El anestesiólogo visita al paciente en el momento de su máxima ansiedad
- 3.- En breve tiempo de la entrevista, el anestesiólogo puede vencer los prejuicios y temores del paciente relacionados con la anestesia y ganar su confianza. El anestesiólogo debe explicar el plan anestésico propuesto y sus posibles alternativas.
- 4.- El paciente debe comprender la información recibida por el anestesiólogo.
- 5.- La buena relación entre el anestesiólogo y el paciente son los objetivos de la visita pre anestésica así como la obtención del consentimiento bajo información.

El anestesiólogo debe ofrecer datos que beneficien al paciente y que no le causen un sufrimiento adicional e innecesario, situaciones que pueden aumentar los peligros con motivo de los resultados fisiológicos de la propia inquietud creada.

Si los riesgos del procedimiento anestésico propuestos son mínimos y sus ventajas amplias no se justifica aumentar la ansiedad y la preocupación del paciente con datos sobre eventuales riesgos ya que existe la posibilidad de inducirle a rechazar la técnica propuesta.

Por ello el anestesiólogo explicara los riesgos normalmente predecibles y no aquellos excepcionales, así como eliminar en su explicación los detalles técnicos.

La entrevista preoperatoria debe orientar a eliminar temores reales que manifiestan los pacientes antes de la operación.

En anestesiología el consentimiento bajo información debe contener:

- 1.- Descripción global de la técnica anestésica propuesta
- 2.- Especificar la posibilidad de modificar la técnica anestésica inicialmente propuesta, ya que ello invalida el consentimiento obtenido previamente y puede suponer el incumplimiento, con la probabilidad de consecuencias legales en caso de incidentes o accidentes.
- 3.- Formulario del consentimiento informado que tiene por objetivo el cumplir con las normas establecidas por la ley, su redacción es independiente del consentimiento para la cirugía pues esto no implica el consentimiento para el uso de fármacos anestésicos. Debe obtenerse un consentimiento informado para la cirugía y otro para la anestesia, especificando el plan anestésico propuesto, ya que la anestesiología tiene sus propios riesgos y consecuencias.
- 4.- El consentimiento puede ser tácito, verbal o por escrito todos son válidos. Los consentimientos tácitos carecen de una fuerza probatoria quedando sujetos al criterio del juzgador o peritos. La existencia de un documento es de valor decisivo y por ello es altamente recomendable ya que existe la probabilidad de una demanda tardía a nuestra intervención como anesthesiólogos.
- 5.- Es conveniente que el consentimiento sea registrado antes de administrar la medicación pre anestésica para que su validez sea incuestionable.

Cuando el paciente debidamente informado presenta su consentimiento para una determinada práctica médica quirúrgica está sumiendo las consecuencias y riesgo propios de la misma, con excepción de aquellos que fueron excepcionales.

En caso de incumplir el deber de información o cuando se cumple en forma parcial o defectuosa el médico asume los riesgos propios de la práctica y responde objetivamente por violación al deber jurídico de información.

En caso de riesgos propios de la práctica médico quirúrgica, debidamente informados, el médico se exime de responsabilidad, acreditando que había informado debidamente al paciente y que este o su representante, presentaron el debido consentimiento. Probado el consentimiento bajo información, si el paciente insiste en imputar responsabilidad al médico actuante, le incumbe probar el hecho propio del médico como causa del daño.

La violación del deber de información no acarrea responsabilidad jurídica sino existe daño resarcible, pero debe ser objeto de oportuna devaluación por los comités de ética médica.

MARCO TEÓRICO

RELACION MEDICO PACIENTE

Por relación médico-paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de mejorar y en su caso devolver la salud o aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico (1). La relación médico-paciente sigue siendo por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico como siempre; sin embargo dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización excesiva de las medidas técnicas, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, la Medicina ha experimentado en los últimos años cambios profundos(1). Durante mucho tiempo, fue típicamente paternalista en donde el enfermo delegaba la decisión sobre su enfermedad exclusivamente al médico, hoy en día la relación medico paciente, está basada en la autonomía del paciente donde es este quien decide sobre su salud y su terapia en función de sus preferencias y valores individuales. (2)

Los fundamentos éticos están estructurados hoy en día en dos niveles: el primer nivel, es de tipo universal y delegando cumplimiento e incluye los principios de no maleficencia y justicia. El segundo nivel es de tipo individual, el cual incluye los principios de beneficencia y de autonomía. (2)

La aceptación de estos fundamentos éticos nos lleva a comprender el proceso gradual y verbal de la relación médico paciente, por la cual, el paciente ha de recibir información suficiente y clara sobre su patología y las alternativas terapéuticas que se le pueden ofrecer. El formulario escrito de Consentimiento Informado, representa el soporte documental de que éste proceso ha tenido lugar. (2)

El consentimiento informado es el documento que ampara el acto médico, ético y jurídico mediante el cual se legitima el acto biomédico propuesto, en la actualidad la causa más importante de quejas o demandas es su falta de aplicación y resguardo. (3)

Hasta años recientes, el consentimiento se ha visto como una manifestación más horizontal de la relación médico-paciente, la cual ha evolucionado con base en las ideas del liberalismo individual y la libre elección (3). La evolución del consentimiento en medicina se relaciona con varios fenómenos:

1. Con los cambios sociales dirigidos a los derechos humanos y los códigos de conducta diseñados para regir las interacciones personales.
2. Con el desarrollo de tratamientos médicos sofisticados.
3. Con el rompimiento de la relación uno a uno (médico –paciente) a partir del desarrollo de la medicina multidisciplinaria.

Por lo tanto es importante mantener siempre una buena comunicación con el paciente. Aristóteles dijo en alguna ocasión a su médico: “ ... no me trates como a un boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero la causa, me tendrás presto para obedecer ...” lo que nos muestra la necesidad del paciente de estar siempre bien informado acerca de su caso.(4)

La atención médica es una forma específica de asistencia, de ayuda técnica interhumana. Su especificidad le viene dada tanto por las especiales características del "objeto" a reparar que es un sujeto, un ser humano, como por algunas de las características de la técnica de reparación en la que participa como instrumento la misma personalidad de otro ser humano. Como toda relación interpersonal de ayuda tiene características, motivacionales y actitudes de dependencia y necesidad, de altruismo y ayuda desinteresada, de confianza, análogas a las de otras relaciones naturales de asistencia, desiguales y asimétricas: padres-hijos, maestros-alumnos. Por ello tiende a configurarse según dichos modelos relacionales que favorecen las actitudes espontáneas de

confianza y de altruismo en la relación y suponen, también técnicamente, el mejor vehículo para las medidas más técnicas. Necio sería olvidar que una buena relación médico – paciente evita la mayoría de los cuestionamientos del enfermo a las terapias por recibir o recibidas. El paciente (incluso el menos letrado) exige saber. A veces pide informes parciales, a veces solicita detalles y numerosas aclaraciones a sus dudas. Muchos de sus miedos demandan de nuestra comprensión y apoyo. No basta con que le digamos lo que tiene y lo que haremos (o hemos decidido hacer) sino que espera nuestra comprensión. En algunos casos le interesa nuestra "complicidad" o nuestra prudencia en el informe a sus familiares. A veces son éstos los que solicitan nuestro silencio. Cada enfermo es un individuo, una persona no comparable a otra, cada cual requiere una atención personalizada de su enfermedad y siempre demanda que ella sea integral. (1)

RECUERDO HISTORICO

A lo largo de la historia han surgido varios documentos que se han usado como códigos de ética médica aunque estrictamente hablando no lo son, pero, han sido una guía para el actuar profesional. Así, a través de la humanidad se han utilizado los siguientes:

1. Código de Hammurabi (1700 a.c.)

Es una colección de leyes administrativas que regulaba distintos aspectos de la sociedad; de las 282 leyes que contiene, 25 hablan de la práctica de 3 profesiones: médicos, arquitectos y constructores de barcos. Se habla sobre remuneraciones y castigos de la cirugía en las diferentes clases sociales. Para el médico que no operaba no había leyes que lo rigieran en su actuar profesional. (4)

2. Juramento Hipocrático (450 a.C.)

Considerada una de las principales fuentes de la ética médica universal, como el origen y resumen de los principios éticos de la medicina occidental que supuestamente ha regido el comportamiento ético de los médicos a través de los siglos, sus manifiestos principales son: proteger al paciente y librarlo de la enfermedad, conservar y promover la buena reputación del acto médico y actuar siempre en beneficio del paciente. (5)

3. Declaración de Ginebra (1948)

No es considerado en sí un código de ética por ser general e inespecífico que equivale a decir seamos todos buenos y compromete al médico a velar ante todo por la salud del paciente. (4)

4. Declaración de Helsinki (1975)

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. El propósito de la investigación en humanos es el mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos; además también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades, introduce también el otorgamiento del consentimiento informado como necesidad antes de la investigación. (4)

5. Normas Internacionales para la Investigación Biomédica

Rigen la investigación tanto en seres humanos como en animales, junto con la Declaración de los Derechos Humanos (ONU 1948) dan lugar a los Códigos Nacionales de Conducta Ética. (4)

6. Códigos Nacionales de Conducta Ética

En México, la Comisión Nacional de Bioética creó el Código o Guía de Conducta Bioética y/o Deontológico en abril de 2001 para regir el actuar médico en nuestro medio. (4)

Comúnmente se cree que el requisito del consentimiento informado es un fenómeno relativamente reciente. Sugerencias sobre la necesidad de un consentimiento informado del paciente se puede encontrar anteriormente, sin embargo, el primer caso legal que implique el consentimiento informado es el caso del Inglés Slater en 1767 contra Baker y Stapleton, en la que dos cirujanos re fracturaron la pierna de un paciente después de haber sanado indebidamente. El paciente alegó que no habían obtenido el consentimiento. El tribunal dictaminó:

No se desprende de las pruebas de que el cirujano no era insensible a la práctica sin consentimiento, que es el uso y el derecho de los cirujanos: entonces era la ignorancia y la falta de conocimiento muy particular, para hacer lo contrario a la regla de la profesión, lo que ningún cirujano debería haber hecho. (6)

Aunque en la literatura científica médica el concepto "Informed Consent" es citado en nueve ocasiones entre 1930 y 1956, fue utilizado como tal por vez primera en la legislación en 1957 en un recurso judicial en California. Varias sentencias posteriores en Estados Unidos hicieron que el Consentimiento Informado se convirtiera en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos. (7)

En España, ya en 1972, el Reglamento General de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar -directamente o a través de sus allegados- las intervenciones quirúrgicas y actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su gravedad. (7)

En 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó un documento en el que se hacía un llamado a los Estados miembros para que tomaran medidas de forma que los pacientes estuvieran completamente informados, y recomendaba la armonización de los derechos de los pacientes, entre ellos el derecho básico del Consentimiento Informado. (7)

En 1986, el Instituto Nacional de la Salud español puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, con la implantación de una Carta de Derechos de los Pacientes. Basándose en los principios recogidos en dicha Carta Magna, la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 10 dice que todos tienen derecho:

A que se les 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 al tratamiento.

A la libre elección entre 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:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública
- Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas
- Cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficiente sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas. (8)

El formulario escrito de consentimiento representa el soporte documental que verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico. (8)

DEFINICION

El consentimiento se ha definido de diferentes maneras, en general se dice que:

El consentimiento es un concepto ético-legal que refleja el respeto que la sociedad brinda a la autonomía de las personas que la conforman. En la práctica médica la autonomía se refiere a la toma de decisiones de un individuo en su rol de paciente. (3)

Es el proceso que surge en la relación médico-paciente, por el cual, el paciente expresa su voluntad y ejerce su libertad al aceptar someterse o rechazar un plan, diagnóstico, terapéutico, de investigación, etc., propuesto por el médico para actuar sobre su persona y todo ello tras haber recibido información suficiente sobre la naturaleza del acto o actos médicos y riesgos y las alternativas que existan a la propuesta (9)

La ley básica de autonomía de los pacientes, que rige en España lo define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (10)

Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos, terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decida o autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable (11)

El colegio de médicos americanos define el consentimiento informado como la explicación a un paciente, atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados (12)

Según Julio César Galán: “El consentimiento informado es un supuesto y elemento integrante de la “Lex Artis”, ajeno a la tradición médica que lo ha desconocido como principio a lo largo de su historia”, situación que a lo largo de la práctica médica se ha ido marginando y por consiguiente olvidando. En el derecho

legislado se le considera al consentimiento informado como el acto jurídico personalísimo del paciente para admitir o rehusar uno o varios actos biomédicos concretos, en su persona, con fines de atención médica. (4)

El derecho mexicano lo menciona como el acto jurídico no solemne, personalísimo, revocable y libre del paciente para admitir o rehusar, por sí mismo o a través de su representante legal, uno o varios actos biomédicos concretos, en su persona, con fines de atención médica. Para la validez del consentimiento se requiere no haber sido manifiesto por error, arrancado por violencia, o sorprendido por dolo (Código Civil Art. 1794-1823). (13)

Estas definiciones permiten concluir que estamos ante la máxima manifestación del respeto a la autonomía del paciente, ya que no puede llevarse a cabo ninguna intervención médica si el paciente no ha prestado su consentimiento. (9)

Los pacientes tienen derecho a ser informados, de manera clara y precisa, de su estado de salud, de las alternativas de tratamiento, de los beneficios y riesgos previsibles. (9)

Los pacientes que buscan información de manera activa, generalmente se consideran con mayor autonomía, dado que la información es una condición necesaria para elegir libre y conscientemente. Considerando lo antes dicho, debemos esperar que un paciente que va a someterse a un proceso anestésico - quirúrgico debe aceptar libremente y por separado los beneficios y riesgos que implica tanto la intervención quirúrgica como el procedimiento anestésico. (14)

No obstante, tradicionalmente se cree que al aceptar el paciente la cirugía está aceptando la anestesia y esto es un error, dado que la anestesia tiene sus propios riesgos y consecuencias. Desafortunadamente, en nuestro medio, la consulta de valoración pre anestésica no es lo común y frecuentemente se confunde con la visita pre anestésica efectuada por los médicos residentes unas horas antes de la cirugía, por tanto, en la mayoría de los casos, el primer contacto

del anestesiólogo con el paciente se efectúa en el quirófano, lugar donde las condiciones para que el paciente ejerza su autonomía son sumamente críticas. (4)

El enfermo debe recibir información veraz en un lenguaje comprensible que no origine preocupación innecesaria, dándole oportunidad para que decida participar en su tratamiento y así otorgue su consentimiento. El médico debe informar e incluir dos aspectos: en primer lugar la información, la que debe estar en relación con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber, para que cuente con todos los elementos que le permitan adoptar una decisión racional y consciente. Recordar que el no dar información es una forma de manipulación y la ignorancia puede ser tan peligrosa como la mala información. Como punto siguiente, es imprescindible la comprensión por parte del paciente, para ello el médico debe utilizar un lenguaje claro y preciso, adaptándose siempre al nivel sociocultural del enfermo, omitiendo terminología médica o a bien explicando su significado(4).

El proceso de la información y la toma de decisiones en el ámbito existencial plantean hoy en día múltiples problemas a los profesionales de la salud (2).

DERECHO A LA INFORMACIÓN. ASPECTOS JURÍDICOS.

El consentimiento bajo información está íntimamente relacionado con la información pues para que exista consentimiento se debe conocer qué se está consintiendo. Los pacientes tienen derecho a ser informados, de manera clara y precisa, de su estado de salud, de las alternativas de tratamiento, de los beneficios y riesgos previsibles.

Entre las obligaciones del anestesiólogo y así lo establece la norma oficial mexicana para la práctica de la anestesiología, está el deber de informar lo que se logra con una buena relación anestesiólogo-paciente (4).

El derecho a la decisión sobre nosotros mismos, ante un problema de salud no corresponde solo a un imperativo ético si no también a una exigencia legal como lo indica la ley general de salud (2).

El hecho de que el médico recabe el consentimiento informado, no lo excluye de quedar expuesto a una demanda judicial, ya que el consentimiento informado es un requisito para la aceptación de un diagnóstico o tratamiento pero sin efecto legal alguno en cuanto al fondo del resultado. Si este es adverso, puede surgir la demanda entonces el médico puede probar en base al expediente clínico bien elaborado, que no hubo negligencia, impericia o inobservación de las normas que rigen el desempeño de la medicina (2)

Por otra parte la documentación que integra el consentimiento informado es la mejor defensa contra las demandas de los pacientes que fueron adecuadamente informados acerca del procedimiento propuesto y de las complicaciones que se pudieran presentar. Su ausencia pudiera esgrimirse contra el médico como negligencia (15).

LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

El consentimiento informado en el caso de la atención médica, conforme al artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud se entiende como aquél acto por el cual "deberá recabarse a su ingreso (del paciente) autorización escrita y firmada para practicarle, con fines diagnóstico, terapéuticos, los procedimientos médico anestésicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma."; en tanto, desde el punto de vista de la investigación científica se entiende como "el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna"(artículo 20 del

Reglamento de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud). (13)

ARTICULO 80.- En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. (13)

ARTICULO 81.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización (14).

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico. (16)

ARTÍCULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este Reglamento, deberá contener:

I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital

II.- Nombre, razón o denominación social del hospital

III.- Título del documento

IV.- Lugar y fecha

V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización

VI.- Nombre y firma de los testigos.

El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

ARTÍCULO 83.- En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las Normas Técnicas (15).

Código Civil del Estado de Jalisco.

Artículo 1271.- “El consentimiento existe cuando las partes convienen en un mismo objeto y unas mismas condiciones; y además en la conducta de ellas existe un principio de ejecución del negocio, así como en los casos a que se refieren los artículos del 1272 al 1274 del 1330 al 1337 al recibir la aceptación el proponente, cumplirse la condición o desempeñarse el servicio requerido.”

Artículo 1280.- “El consentimiento no es válido si ha sido dado por error, arrancado por violencia, captado de mala fe o con lesión.”

Artículo 1289.- “Hay reticencia cuando uno de los contratantes no hace saber al otro un hecho o hechos conocidos por aquél e ignorados por éste y que de haberlos sabido, no hubiere celebrado en sus términos el acto jurídico. La reticencia producirá la anulabilidad si indujere a error.”

Código Civil del Estado de Jalisco.

Artículo 49.- “Son incapaces: I.- El menor de edad; II.- El mayor de edad que padezca enajenación psíquica aunque tenga intervalos lúcidos; y III.- Los

sordomudos que no sepan darse a entender por escrito, mediante intérprete, o por el lenguaje mímico de sistemas educativos y de comunicación universalmente aceptados.”

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Punto 4.2.

“Cartas de Consentimiento Bajo Información. A los documentos escritos signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte , bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitatorios.” (16)

EL PROCESO DE LA INFORMACIÓN.

Cuando el Anestesiólogo se encuentra ante el reto de la obtención del consentimiento informado debe tener presente que tan importante o más que su contenido, es el lenguaje que se emplee. Dicho lenguaje debe favorecer que el documento sea fácilmente legible y comprensible, sea cual sea el nivel cultural de la persona que lo reciba. Si un documento es correcto en su contenido pero no es comprensible, no podemos aceptar dicho documento como adecuado. La información que debe darse ha de ser suficiente y clara para que la persona a quien va dirigida sea capaz de tomar una decisión libre de forma autónoma (2).

La información ofrecida debe ser un proceso y no un acto único aislado donde de forma gradual se vaya participando por ambas partes de la información. En dicho proceso debería tenerse en cuenta:

Información general al principio. El enfermo empieza a tomar conciencia de su situación (2).

Información progresiva y gradual. El enfermo tiene tiempo de ir asimilando los distintos períodos del proceso (2).

Información personalizada. Hay que tener presente la situación del enfermo: edad, nivel sociocultural, relación con la familia, etc. Se debe considerar cuales son los valores de la persona que tenemos delante: su religión, su cultura y sus preferencias. (Por ejemplo cada vez hay más emigrantes, provenientes de otras culturas muy distintas a las que hemos estado habituados) (2).

Dar lugar al diálogo y a la participación por parte del enfermo. Dedicar tiempo para aclarar dudas.

Información en situación de urgencia. En esta situación el paciente puede presentar “bloqueo mental”. De este modo; la información que se ofrece al paciente no es asimilada por éste y puede precisar posteriormente que se vuelva a repetir. La información en situación de emergencia debe ser puntual y precisa asegurándose el profesional de la comprensión de los puntos fundamentales de la misma. (2)

Si el entorno más próximo del paciente (familiares y/o amigos) va a ser informado debería establecerse un interlocutor para que la información resultara fiable y concreta. Debemos recordar que es el paciente quien debe tomar las decisiones, excepto en caso de incompetencia o si éste voluntariamente decide delegar la decisión en otra personal de su confianza (el paciente puede rechazar la información expresamente). En caso de conflicto de intereses paciente-familia son los intereses del paciente los que deben prevalecer. (2)

VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA

La evaluación pre anestésica es una función esencial del servicio de anestesiología y es un error limitarla sólo a una evaluación rápida del paciente y pedido de exámenes complementarios. Hecha de forma rutinaria y sin interés muestra la falta de valor que se les da a los datos que se pueden obtener de la realización consciente de la misma. Todo paciente que va a ser sometido a una intervención debe tener su evaluación pre anestésica, también los que se intervienen en carácter de urgencia. Su realización, completa la atención pre-quirúrgica; sus objetivos incluyen:

Confección de una historia clínica completa

Examen físico minucioso

Exámenes complementarios

Evaluación psicológica

Los beneficios que se obtienen son varios; entre ellos:

Valoración del riesgo anestésico.

Preparación del acto quirúrgico, incluyendo recomendación para el ayuno
indicación de la pre medicación.

Prevención de posibles complicaciones (vía aérea difícil)

Tratamiento de patologías existentes

Formulación del plan anestésico

Obtención del consentimiento informado

Todo lo anterior permite establecer una relación de confianza entre el
anestesiólogo, el paciente y su entorno familiar, calmando la ansiedad ante lo
desconocido. (17)

JUSTIFICACION

Dado que las normas vigentes en nuestro país para la práctica de la anestesiología actual exigen la obtención del consentimiento informado no solo como un deber sino como un derecho del paciente a ser informado y dado que en El Hospital Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán no cuenta actualmente con un formato único que cumpla con los requerimientos de los ordenamientos legales vigentes que señale los beneficios de la “terapia“ a emplear; así como del riesgo inherente derivado de las valoraciones realizadas en forma pre anestésica. Por lo que se realizó este estudio para validar los formatos de valoración pre anestésica y consentimiento informado que se realizaron con forme a los requerimientos de las leyes vigentes en nuestro país.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Validar la aceptación de los formatos propuestos para obtener el riesgo en forma pre anestésica y a su vez el consentimiento informado correspondiente.

OBJETIVOS PARTICULARES

Conocer la aceptación de los médicos de este modelo de valoración pre anestésica y consentimiento informado.

HIPÓTESIS

Los formatos propuestos cubrirán las expectativas de los médicos que participen en la atención de los pacientes que son sometidos a procedimientos anestésicos logrando mejorar la valoración pre anestésica para individualizar el riesgo anestésico de cada uno de ellos para posteriormente obtener el consentimiento informado.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el Hospital Dr. Miguel Silva previa aceptación del comité de ética e investigación se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal mediante el cual se aplicaron dos cuestionarios a los médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología que participaron en el protocolo durante los meses de junio y julio, para validar los formatos impresos de valoración pre anestésica y consentimiento informado; se presentó el primer cuestionario a los médicos para conocer las necesidades actuales de la valoración pre anestésica y de la obtención del consentimiento informado para la práctica de la anestesiología; posteriormente se presentaron los formatos propuestos y se realizó una segunda encuesta para conocer el nivel de aceptación de los mismos conforme a las necesidades previamente evaluadas. Todos los datos se analizaron mediante la prueba estadística alpha de Cronbach así como estadística descriptiva y tablas de contingencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los médicos adscritos y residentes del servicio de anestesia del hospital civil de la ciudad de Morelia que deseen participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Cuestionarios que no estén completos, Médicos adscritos o residentes que no deseen participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Aquel cuestionario que no se apegue a la metodología solicitada

PROCEDIMIENTO:

Se requirió de formatos de valoración pre anestésica, así como de formatos de consentimiento informado y cuestionarios individuales, sistema de computo y software SPSS versión 17 para windows.

A todos los médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología del Hospital Miguel Silva que decidieron participar se les presentaron dos cuestionarios; el primero para documentar las necesidades que requiere este tipo de profesionales para realizar la valoración pre anestésica y obtener el consentimiento informado, posteriormente se presentaron los formatos propuestos para su evaluación mediante otro cuestionario diseñado para evaluar que los formatos propuestos cumplen con las necesidades previamente documentadas; los cuestionarios se realizaron el mismo día a los participantes, se les solicito no tener comunicación entre ellos para evitar tendencias.

VARIABLES DE ESTUDIO.

Cuestionario previo a la presentación de los formatos

Cuestionario posterior a la evaluación de los formatos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el índice de consistencia interna de Alpha Cronbach para evaluar los formatos propuestos mediante encuestas individuales considerando un valor superior a 0,8 como válido; además de estadística descriptiva para evaluar frecuencias y proporciones. Para comparación de variables ordinales se utilizaron tablas de contingencia y por medio de la prueba χ^2 o exacta de Fisher se calculó la diferencia de proporciones entre médicos de base y residentes. Se considero significativa una $p < 0.05$. Estos análisis fueron realizados en el programa SPSS versión 17 para Windows.

RESULTADOS

Durante los meses de Junio y Julio de 2009 se encuestaron 33 médicos del departamento de anestesiología el cual cuenta con 25 médicos adscritos y 14 residentes de los tres grados de la especialidad, de los cuales participaron 19 médicos de base y 14 residentes, no se incluyeron 4 médicos de base debido a que se encontraban ausentes durante la realización del estudio y se excluyeron dos de ellos debido a que no terminaron el cuestionario.

La característica de la población fue semejante, sin diferencias estadísticas significativas en los participantes, 17 del sexo masculino correspondiendo al 51.5% y 16 del sexo femenino que corresponde al 48.5%, Edad de 26 a 72 años en promedio de 39.36 ± 13.16 y años de ejercicio profesional o entrenamiento que va de 1 a 3 en el caso de los residentes y de 1 a 38 años en los médicos de adscritos con un promedio de 10.06 años, el numero de procedimientos anestésicos por semana fue estadísticamente significativo con una $p = 0.008$, 13.29 para médicos adscritos y 22.04 para residentes.

	Total	Medico Adscrito	Residente	p*
Edad (x±de)	39.36±13.16	47.47±11.80	28.36±2.64	
Sexo (M/F)	17 / 16	11 / 6	8 / 8	0.393
Años (x±de)	10.06±10.76			
No Proc.	15.	13.29	22.04	0.008

Tabla No 1. Muestra las características demográficas de la población estudiada.

*Por X2 o prueba exacta de Fisher

(x±de) : promedio ± desviación estándar

No Proc= Numero de procedimientos realizados por semana

Se realiza el índice de consistencia interna Alpha de Cronbach a los resultados de las encuestas aplicadas a los médicos participantes obteniendo un valor $\alpha = 0.902$.

El 97% de los participantes considera que la práctica de la anestesiología actual requiere de valoración pre anestésica protocolizada, 26 de ellos (84.8%) está muy de acuerdo, 4 (12.1%) está de acuerdo y solo 1 de los encuestados (3%) está Muy desacuerdo.

El 97% de los participantes consideran que se debe contar con guías estandarizadas para realizar la valoración pre anestésica; 24 (72.7%) están Muy de acuerdo, 8 (24.2%) están de acuerdo y solo 1 (3%) se encuentra Muy desacuerdo.

Pregunta	Médico	Medico	p*
	Adscrito	Residente	
	(n=19)	(n=14)	
1.- ¿Considera que la práctica de la anestesia actual requiere de valoración pre anestésica protocolizada?	1=16	1=12	0.647
	2=2	2=2	
	3=1	3=0	
2.- ¿Considera usted que contar con guías estandarizadas mejora la realización protocolizada de la valoración pre anestésica?	1=13	1=11	0.628
	2=5	2=3	
	5=1	5=0	
3.- ¿Considera que la valoración preoperatoria protocolizada evalúa el riesgo de los pacientes de someterse a procedimientos anestésicos?	1=11	1=13	0.518
	2=6	2=3	

Tabla 2 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo

El 97% de los encuestados consideran que se debe evaluar el sistema cardiovascular y respiratorio durante la valoración pre anestésica; 30 (90.9%) están Muy de acuerdo, 2 (6.1) están De acuerdo y a 1 le es indiferente.

El 97% de los encuestados consideran que se debe evaluar la vía aérea durante la valoración pre anestésica; 27 (81.8%) están Muy de acuerdo, 5 (15.2%) están De acuerdo, señalando que solo 1 encuestado le es indiferente.

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Medico Residente (n=14)	p*
4.- Marque su nivel de aceptación de los siguientes parámetros a evaluar durante la valoración preoperatoria			
Datos personales (edad, talla, sexo)	1=15 2=4	1=14 2=0	0.67
Cardiovascular	1=16 2=2 3=1	1=14 2=0 3=0	0.296
Respiratorio	1=16 2=2 3=1	1=14 2=0 3=0	0.296
Vía aérea	1=15 2=3 3=1	1=12 2=2 3=0	0.672
Metabolismo	1=14 2=5	1=13 2=1	0.209

Tabla 3 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

EL 93.9% de los encuestados consideran que se debe evaluar el sistema musculoesqueletico durante la valoración pre anestésica. 24 (72.7%) están Muy de acuerdo, 7 (21.2%) están De acuerdo y a 2 les es indiferente (6.1%) con $p=0.78$.

EL 93.9% de los encuestados consideran que se debe evaluar los antecedentes de alergias en la valoración pre anestésica. 28 (84.8%) están Muy de acuerdo, 4 (12.1%) están De acuerdo y a 1 les es indiferente (3.0%) $p=0.492$

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Medico Residente (n=14)	p*
Neurológico	1=14 2=5	1=13 2=1	0.158
Hepático	1=14 2=5	1=12 2=2	0.402
Gastrointestinal	1=10 2=9	1=11 2=3	0.126
Musculoesqueltico	1=13 2=6 3=0	1=11 2=1 3=2	0.078
Oncologico	1=12 2=8	1=12 2=12	0.86
Alergia	1=15 2=3 3=1	1=13 2=1 3=0	0.429

Tabla 4 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

EL 100% de los encuestados consideran que el consentimiento informado es un acto clínico que debe realizarse en todos los pacientes antes de ser sometidos al procedimiento anestésico. 26 (78.8%) están Muy de acuerdo, 7 (21.2%) están De acuerdo

EL 100% de los encuestados consideran que los pacientes deben recibir información suficiente y continua durante su atención médica 28 (84.8%) están Muy de acuerdo, 5 (15.2%) están De acuerdo

EL 97% de los encuestados aceptan los formatos impresos especiales para consentimiento informado anestésico 20 (60.6%) están Muy de acuerdo, 12 (36.4%) están De acuerdo, solo 1 de los 33 encuestados está Muy desacuerdo (3.0%) con una $p=0.672$ no estadísticamente significativo.

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Médico Residente (n=14)	p*
5.- ¿El consentimiento informado es un acto clínico que debe realizarse con todos los pacientes antes de ser sometido al procedimiento anestésico?	1=14 2=4	1=11 2=3	0.979
6.- ¿Los pacientes deben recibir información suficiente y continua durante su atención médica?	1=16 2=3	1=12 2=2	0.905
7.- ¿Cuál sería su nivel de aceptación con los formatos impresos especiales para consentimiento informado en anestesia?	1=11 2=7 5=1	1=9 2=5	0.672

Tabla 5 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

El 97% está de acuerdo en que el consentimiento informado contenga datos sobre la técnica anestésica 22 (66.7%) están muy de acuerdo, 10 (30.3%) están de acuerdo, solo a 1 (3%) le es indiferente. Con una $p=0.803$ no estadísticamente significativa.

El 100% considera la posibilidad de solicitar más información sobre el consentimiento informado 20 (60.6%) están muy de acuerdo y 13 (39.4%) están de acuerdo.

El 100% consideran la posibilidad de rechazar el consentimiento 22 (62.7%) están muy de acuerdo y 11 (33.3%) están de acuerdo.

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Médico Residente (n=14)	p*
8.- ¿Considera útil que los formatos de consentimiento informado contengan los siguientes apartados?			
Datos del médico	1=13 2=6	1=10 2=4	0.853
La posibilidad de solicitar más información	1=12 2=7	1=8 2=26	0.727
La posibilidad de rechazar el consentimiento	1=13 2=6	1=9 2=5	0.803

Tabla 6 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

El 90.9% consideran la posibilidad de revocar el consentimiento 19 completamente de acuerdo, 11 de acuerdo, 1 indiferentes mientras que solamente 1 encuestado está en desacuerdo y otro muy desacuerdo. $p=103$ no estadísticamente significativa.

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Médico Residente (n=14)	p*
8.- ¿Considera útil que los formatos de consentimiento informado contengan los siguientes apartados?	1=10	1=9	0.103
La posibilidad de revocar el consentimiento	2=7	2=4	
	3=1	3=0	
	4=0	4=1	
	5=1	5=0	

Tabla 7 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

El 100% de los encuestados consideran que el formato propuesto se apega a la práctica de la valoración pre anestésica actual 23 (69.7%) están Muy de acuerdo y 10 (30.3%) están De acuerdo.

El 100% de los encuestados consideran que el formato propuesto es una guía protocolizada adecuada para realizar la valoración pre anestésica 21 (63.6%) están Muy de acuerdo y 12 (36.4%) están De acuerdo.

Pregunta	Médico	Medico	p*
	Adscrito (n=19)	Residente (n=14)	
1.- ¿Considera que el formato propuesto se apega a la práctica de la valoración pre anestésica actual?	1=12 2=7	1=11 2=3	0.341
2.- ¿Considera que el formato propuesto es una guía protocolizada adecuada para realizar la valoración pre anestésica?	1=12 2=7	1=9 2=5	0.947

Tabla 8 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

Entre el 90 y 100% de los encuestados consideran los rubros interrogados sobre: datos personales, biotipo, hábitos sociales, sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema neurológico, sistema hepático, sistema gastrointestinal, sistema musculoesqueletico, vía aérea, metabolismo, antecedentes oncológicos, antecedentes de ingesta de medicamentos, antecedentes infecto contagiosos, antecedentes obstétricos, antecedentes de nausea y vomito postoperatorio, antecedentes familiares de problemas con la anestesia así como laboratorio y electrocardiograma como parámetros adecuados para realizar la valoración pre anestésica.

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Medico Residente (n=14)	p*
3.-Que parámetros considera que son adecuados?			
Datos personales (edad, talla, sexo)	1=15 2=4	1=14 2=0	0.67
Biotipo	1=12 2=5 5=2	1=9 2=5 5=0	0.425
Hábitos sociales	1=10 2=7 3=2	1=7 2=6 3=1	0.186
Cardiovascular	1=18 2=1	1=14 2=0	0.383
Respiratorio	1=17 2=2	1=14 2=0	0.210

Consentimiento Informado

Vía aérea	1=19	1=13	0.237
	2=0	2=1	
Metabolismo	1=17	1=11	0.388
	2=2	2=3	
Neurológico	1=16	1=11	0.678
	2=3	2=3	
Hepático	1=17	1=10	0.184
	2=2	2=4	
Gastrointestinal	1=16	1=9	0.187
	2=3	2=5	
Musculo esquelética	1=15	1=8	0.178
	2=4	2=6	
Oncológico	1=14	1=11	0.381
	2=5	2=2	
	3=0	3=1	
Medicamentos	1=13	1=13	0.090
	2=6	2=1	
	5=2	5=0	
Infecto contagioso	1=17	1=12	0.744
	2=2	2=2	
Obstétricos	1=15	1=8	0.178
	2=4	2=6	

Consentimiento Informado

NVPO	1=14	1=9	0.235
	2=3	2=5	
Antecedentes familiares de problemas con la anestesia	1=15	1=11	0.979
	2=4	2=3	
Laboratorios	1=15	1=12	0.618
	2=4	2=2	
EKG	1=13	1=11	0.662
	2=4	2=3	
	4=1	4=0	
	5=1	5=0	

Tabla 9 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

EL 9.1% de los encuestados consideran que los datos personales solicitados en el formato de valoración pre anestésica no son suficiente para realizar dicha valoración

El 12.1% de los encuestados consideran que los hábitos sociales solicitados no son suficientes para realizar la valoración pre anestésica, 2 (6.1%) le es indiferente

Entre el 6.1 y 12% de los encuestados consideran que los datos solicitados en el formato de valoración pre anestésica para evaluar el sistema neurológico, sistema hepático, sistema gastrointestinal, sistema musculoesqueletico, vía aérea, metabolismo, antecedentes oncológicos, antecedentes de ingesta de medicamentos, antecedentes infectocontagiosos, antecedentes obstétricos, antecedentes de nausea y vomito postoperatorio, antecedentes familiares de problemas con la anestesia así como laboratorio y electrocardiograma no son suficientes para realizar dicha valoración. Hábitos sociales estadísticamente significativo con $p=0.049$

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Medico Residente (n=14)	p*
4.- ¿Que parámetros son suficientes?			
Datos personales (edad, talla, sexo)	1=1 2=1 4=5 5=12	1=0 2=1 4=0 5=13	0.144
Biotipo	1=1 2=1 3=0 4=5 5=12	1=0 2=0 3=1 4=4 5=9	0.504

Consentimiento Informado

Hábitos sociales	1=1	1=1	0.049
	2=1	2=1	
	3=0	3=2	
	4=8	4=0	
	5=9	5=10	
Cardiovascular	1=1	1=0	0.616
	2=1	2=1	
	3=0	3=1	
	4=3	4=1	
	5=14	5=11	
Respiratorio	1=1	1=0	0.533
	2=1	2=0	
	3=0	3=1	
	4=4	4=2	
	5=13	5=11	
Vía aérea	1=1	1=0	0.162
	2=0	2=1	
	3=0	3=1	
	4=4	4=0	
	5=14	5=12	
Metabolismo	1=1	1=0	0.404
	2=0	2=1	
	3=0	3=1	
	4=5	4=2	
	5=13	5=10	

Consentimiento Informado

Neurológico	1=1	1=0	0.079
	2=1	2=2	
	3=0	3=0	
	4=6	4=0	
	5=11	5=12	
Hepático	1=1	1=0	0.314
	2=0	2=2	
	4=5	4=3	
	5=13	5=9	
Gastrointestinal	1=1	1=0	0.0479
	2=0	2=1	
	4=6	4=3	
	5=12	5=10	
Musculo esquelética	1=1	1=0	0.518
	4=6	4=3	
	5=12	5=11	
Oncológico	1=1	1=0	0.513
	2=1	2=0	
	4=6	4=3	
	5=11	5=11	
Medicamentos	1=1	1=0	0.453
	2=1	2=1	
	4=8	4=3	
	5=9	5=10	
Infecto contagioso	1=1	1=0	0.285
	2=1	2=0	
	3=0	3=1	
	4=5	4=1	
	5=12	5=12	

Consentimiento Informado

Obstétricos	1=1	1=0	0.513
	2=1	2=0	
	4=6	4=3	
	5=11	5=11	
NVPO	1=1	1=0	0.059
	3=0	3=1	
	4=6	4=0	
	5=12	5=13	
Antecedentes familiares de problemas con la anestesia	1=1	1=0	0.656
	4=6	4=4	
	5=12	5=10	
Laboratorios	1=1	1=0	0.567
	4=7	4=4	
	5=11	5=10	
EKG	1=1	1=0	0.672
	4=7	4=5	
	5=11	5=9	

Tabla 10 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

El 97% de los encuestados consideran que el consentimiento informado cumple con los ordenamientos legales vigentes, y de igual manera cumple con la ética médica vigente 23 (69.7%) están Muy de acuerdo y 9 (27.3%) están De acuerdo, y 1 (3.0) está En desacuerdo

El 100% de los encuestados consideran que el consentimiento informado es adecuado para informar a los pacientes sobre el riesgo valorado, 24 (72.7%) están Muy de acuerdo y 9 (27.3%) están De acuerdo.

En el 97% de los encuestados los formatos propuestos cumplen con su expectativas, 22 (66.7%) están Muy de acuerdo y 10 (30.3%) están De acuerdo, y 1 (3.0) está En desacuerdo.

El 100% de los encuestados están de acuerdo en usar estos formatos, si fueran facilitados por el departamento de anestesiología de este hospital, 23 (69.7%) están Muy de acuerdo y 10 (30.3%) están De acuerdo.

Pregunta	Médico Adscrito (n=19)	Médico Residente (n=14)	p*
5.- ¿En el caso del consentimiento informado Considera que el documento cumple con los ordenamientos legales vigente?	1=13 2=5 4=1	1=10 2=4 4=0	0.683
6.- ¿Considera que cumple con la ética médica vigente?	1=14 2=4 3=1	1=9 2=5 3=0	0.478
7.- ¿Considera que es adecuado para informar a los pacientes sobre el riesgo valorado?	1=11 2=8	1=13 2=1	0.026
8.- ¿Los formatos propuestos cumplen con sus expectativas?	1=10 2=8 4=1	1=12 2=2 4=0	0.128
9.- ¿Si el departamento de Anestesiología de este Hospital le facilitara estos formatos que tan de acuerdo estaría en usarlos?	1=12 2=7	1=11 2=3	0.340

Tabla 11 *Por X2 o prueba exacta de Fisher

1=Muy de Acuerdo, 2=De Acuerdo, 3 =Indiferente, 4=Desacuerdo, 5=Muy desacuerdo.

Las respuestas a las preguntas 10 y 11 del cuestionario No. 2 para validar el Consentimiento informado y la hoja de valoración pre anestésica se muestran en la tabla No 12, todo estas con una frecuencia de 1 encuestado, las cuales se analizaron aceptando la sugerencia para modificar los formatos propuestos.

PREGUNTA	FRECUENCIA
10.- ¿Que parámetros faltan?	
▪ Si se contemplan aspectos de tipo legal que obliguen al médico adscrito responsable a permanecer con su paciente y no delegar responsabilidades.	1
▪ Completo pero muy extenso	1
▪ En Casos especiales ecocardiograma, prueba de esfuerzo, pruebas de función respiratoria y gasometría basal	1
▪ Ayuno	1
11.- ¿Que parámetros sobran?	
▪ Saturación O2 en valoración pre anestésica	1
▪ Extenso lo referente a monitorización	1
▪ Líneas de acceso venoso	1
▪ Goldmann, Riesgos	1

Tabla 12 Respuesta a las preguntas abiertas del cuestionario de validación de los formatos

DISCUSION

La practica medica actual requiere no solamente de métodos diagnósticos y terapéuticos que estadísticamente prueben su validez, también requiere de un estricto apego a la ética y la legislación vigente del lugar donde se practique.

De los resultados obtenidos a través del instrumento de medición utilizado se pudo demostrar que la gran mayoría de los participantes consideran que la valoración pre anestésica debe realizarse en forma protocolizada, asimismo que el consentimiento informado es un instrumento necesario en la práctica contemporánea de la anestesiología, toda vez que se obtuvo un índice de Alpha de Cronbach de 0.902 se aceptan como adecuados los formatos de valoración pre anestésica y consentimiento informado utilizados en el presente estudio, es de advertir que algunos participantes no se encuentran de acuerdo con la corriente actual de pensamiento que sus colegas, debido a la constante evolución de la terapéutica y de la necesidad de contar con instrumentos que generen certidumbre en la práctica contemporánea, no dudo que en un futuro próximo tanto los nuevos médicos en formación así como los más veteranos miembros de nuestro departamento opten por aceptar esta nueva visión y practica medica.

Se proporciono la oportunidad a los participantes de manifestar sobre algunos aspectos de los formatos propuestos como son parámetros que falten, que sobren, que se encontraran inadecuadamente evaluados entre otros.

No existió respuesta universal en un punto en particular, lo señalado fue en forma aislada y de opinión única; se considero que falto un apartado de obligación para permanecer en sala y no delegar responsabilidades a los médicos residentes, esta sugerencia no se considera adecuada para su inclusión en los documentos ya que no forma parte de la valoración pre anestésica ni de consentimiento informado sino mas bien es una sugerencia de carácter laboral. En cuanto a la extensión de los formatos solo hubo una queja sobre lo extenso del formato de consentimiento informado, dado que el resto de los encuestados no considero que la longitud fuera excesiva considero que su extensión es

adecuada; por otra parte no se hace mención a que rubro en particular pudiera disminuir su extensión. Se considero también que debería incluirse una área para casos especiales tales como ecocardiograma, prueba de esfuerzo, prueba de función respiratoria y gasometría basal, en relación a esta sugerencia consideramos que los estudios especiales forman parte del expediente clínico de cada paciente y repetir parámetros sería excesivo, para aquellos casos en los que se considerara prudente anotar algún dato en particular se incluyo una área diversa para todos estos datos. En cuanto al ayuno la sugerencia pertinente a modificación toda vez que los pacientes deben permanecer al menos 8 hrs de ayuno, sin embargo el formato contempla que debería ser desde la noche previa a su intervención en aquellos pacientes sometidos a cirugía electiva, para evitar ayunos prolongados y que pudieran poner en riesgo a cierto grupo de pacientes se considera modificar el formato a señalar que con 8 horas previo a su intervención es suficiente. En cuanto a la valoración de Goldmann consideramos que forma parte de la valoración preoperatoria realizada por el departamento de medicina interna quienes deberán seguir los lineamientos de dicha valoración para su realización y del expediente clínico para registro en el mismo.

En cuanto a los parámetros o aéreas sobrantes, tampoco hubo un señalamiento universal, las sugerencias igualmente escasas fueron: que la valoración pre anestésica no debería contener la saturación de Oxígeno, cierto es que no a todos los pacientes se les realiza medición de la saturación durante la valoración preoperatoria sin embargo el formato considera aquellas circunstancias clínicas en donde los pacientes por las diversas patologías o tratamientos tienen alterada la función ventilatoria o de transporte de oxígeno, por lo cual se considera conveniente mantenerla. En cuanto a lo referente a los riesgos que la monitorización invasiva puede generar no se considera conveniente modificar o disminuir este apartado en el formato de consentimiento informado toda vez que al no ser estrictamente procedimientos anestésicos deben informarse en aquellas circunstancias especiales por su alto grado de invasión y de potencial riesgo a la salud y evolución de aquel enfermo a quien sea conveniente aplicar. En cuanto a

la sugerencia de que los apartados sobre las líneas de acceso venoso sobran consideramos lo mismo que a la monitorización invasiva.

Es importante señalar que la gran mayoría de los encuestados acepta como válido los diferentes rubros tanto del consentimiento informado como del formato de valoración pre anestésica sin embargo solo una minoría está en desacuerdo siendo en su mayor parte los médicos adscritos.

CONCLUSION

Los formatos de consentimiento informado y valoración pre anestésica son validos y adecuados para la práctica de la anestesiología en este Hospital General Dr. Miguel Silva. Es posible y conveniente hacer la modificación en lo referente al ayuno.

Debido a que la norma oficial mexicana para la práctica de la anestesia en México y del expediente clínico señalan la necesidad y obligación de que estos documentos existan proponemos los formatos contenidos en esta tesis para su aplicación en el departamento de anestesia de este Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Juan Manuel Carrera, evolución de la relación medico paciente, Universidad de buenos Aires.

2.- HOSPITAL Virgen de la Concha vol. II, Año 2002, 3ra edición.

3.- Acad. Dra. Juana Peñuelas y Acuña, Dra. Salome Alejandra Oriol-López. Dra. Xóchitl Popoca-Mondragón, Dra. Isabel Aguilar-Juárez. Consentimiento Informado para la anestesia. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 31, No 2, Abril-Junio 2008.

4.-- Danitza Fernández Lara, Erick Soberanes Gutiérrez, Efraín Díaz Jouanen
Consentimiento informado en medicina. Acta Médica Grupo Angeles 24-02-05,
pag. 59-61.

5.- Xavier A. López de la Peña, Los derechos del Paciente, ed. Trillas, México 2000

6. - Goldman: Cecil Medicine, 23rd ed. 2007 Saunders, An Imprint of Elsevier

Chapter 2 – BIOETHICS IN THE PRACTICE OF MEDICINE

7.- Beauchap, Tom L y Childress, James F Antecedentes históricos del consentimiento informado; Principios de ética biomédica, masson, 1999.

8.- Outomuro, Dalia; "Manual de fundamentos de Bioética" 1ra Edición. Buenos Aires Magister Eos 2004

9.- Dr. Fernando Alfaro-Victoria. Consentimiento Informado en la Práctica Anestésica. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006, PP S106-S108.

10.- De Lorenzo MR. Derechos y Obligaciones de los Pacientes, 1ra ed. Madrid: Editorial Colex, 2003:22.

11.- Islas SM, Muñoz Ch. El Consentimiento Informado, aspectos bioeticos. Revista medica del Hospital General de Mexico, SSA 2000; 63.

12. - Ad hoc Committee on medical Ethuc, American College of physicians. Ethic Manual. Ann Inter Med 1984; 110

13. - Ley General de Salud, Leyes y Códigos de México, México DF, ed Porrúa: 2000

14. - Stiggelbout AM, Molewijk AC, Timmermans DR, Van Bockel JH, Kietiy J. Ideals of patients autonomy in clinical decision making: a study on the

development of the scale to assess patients and physicians' views. J. Med Ethics 2004;30: 268-274

15.- González QE. Consentimiento informado, Una realidad de nuestros tiempos. Aten Fam 2004; (3) 1:3.

16.- Norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998, del expediente clínico

17.- Miller: Miller's Anesthesia, 7th ed.; Chapter 4

18.-Guidelines on the Ethics of Clinical Research in Anesthesia-1999

19.-Dr. S. P. Kalantri-Informed consent and the anaesthesiologist-Indian J. Anaesth. 2003; 47 (2):94-96

20.- Francisco J. León Correa – Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalism ni Medicina defensiva – BIOMEDICINA, 2006, 2 (3)-257-260



Secretaría de Salud del Estado de Michoacán

Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Cruce de Isidro Huarte y Samuel Ramos. Col. Centro. Morelia Mich.

Teléfono: (443) 312-7216 / 312-7617



HOJA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION Y AUTORIZACION EN
ANESTESIA

1.- Yo _____ como paciente, ___familiar, ___ responsable___ ó representante legal___. He sido informado y entiendo que los beneficios y riesgos de recibir la anestesia incluyen el estado clínico de inconsciencia, insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores, producto de la administración por distintas vías de sustancias farmacológicas que también incluyen el cuidado y protección de las funciones de sistemas vitales como el nervioso central, al nervioso autónomo, el cardiovascular, el respiratorio, el hepato-renal, el hematopoyético, con el propósito de mantener la homeostasis del organismo humano, durante la atención médica de los pacientes que son sometidos a procedimientos médico-quirúrgico u obstétricos.

2.- Entiendo que independientemente del tipo de anestesia usado, hay un número de riesgos y consecuencias indeseables comunes y raras, las cuales pueden ocurrir. Los siguientes son unos pero no todos los riesgos: dolor de garganta y ronquera, náusea, vómito, mialgias y lesión ocular. Entiendo que la instrumentación de la boca para mantener la vía aérea permeable durante la anestesia puede resultar inevitablemente en lesiones dentales incluyendo fractura o pérdida de dientes, dentadura postiza, puentes, coronas y empastes, laceraciones en las encías o labios ó lesiones en la cavidad nasal y sus estructuras en caso de usar esta vía. Entiendo que los más graves riesgos y consecuencias de la anestesia incluyen pero no limitan a cambios en la tensión arterial, reacciones a fármacos, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis, daño neurológico o muerte, debido a la acción farmacológica de los agentes anestésicos o vía de administración, en los órganos y sistemas implicados y su interacción con su estado de salud actual, asimismo por los fármacos que habitualmente consumo y su interacción con los anestésicos o medicación extra que se requiera durante mi atención

3.- Reconozco que el Dr. _____ me ha dicho que en su juicio médico el (los) tipo(s) de anestesia que puedo recibir es (son): (marque todas las que se apliquen) Anestesia general ___anestesia espinal ___epidural ___ anestesia regional ___ sedación___. He escuchado la explicación del médico sobre el(los) tipo(s) de anestesia que puedo recibir, sus beneficios y riesgos inherentes comunes previsibles así como los beneficios asociados con el tipo de monitorización los cuales se me han explicado ampliamente. Asimismo que existen algunos no

derivados a la anestesia pero que pueden ocurrir y son los debidos a la posición que tendrá mi cuerpo durante el procedimiento.

4.- También entiendo que durante el procedimiento la monitorización invasiva puede ser necesaria, entiendo los beneficios y riesgos asociados con este tipo de monitorización los cuales se me han explicado ampliamente, incluyendo la monitorización venosa central, arterial u otras que fueren necesarias según mi padecimiento y procedimiento quirúrgico.

5.- Entiendo que durante mi procedimiento quirúrgico - anestésico se pueden desarrollar condiciones las cuales pueden poner en peligro mi vida por lo que autorizo en tales circunstancias modificaciones o ampliaciones al presente consentimiento con forme al leal saber y entender juzgo el anesthesiólogo como necesario conforme a las circunstancias en las que me encuentre.

6.-Si surgirá la necesidad durante la cirugía o en el post-operatorio inmediato (si) (no) consiento la administración de sangre o sus derivados. También, entiendo que, a pesar de una cuidadosa selección y pruebas de sangre mediante la recopilación de organismos puedo adquirir alguna enfermedad como consecuencia de recibir transfusión sanguínea o productos sanguíneos. Los siguientes son algunos pero no todo de los riesgos potenciales que me han dicho que puede suceder. Fiebre, reacciones alergias, reacciones hemolíticas, transmisión de enfermedades tales como hepatitis, SIDA y citomegalovirus y sobrecarga de líquidos. En caso de no autorizar la administración de sangre y sus derivados entiendo que la evolución y pronóstico de mi estado de salud pueden verse comprometido |en diversos grados, comprometiendo con ello mi propia vida.

7.- También entiendo que no debo comer ni tomar nada ni siquiera agua 8 horas previas a la operación o solo lo estrictamente permitido por el anesthesiólogo.

8.- Doy mi consentimiento para las pruebas o tratamiento que permitan evaluar mejor mi riesgo y prepararme para la operación como parte de mi tratamiento médico asociado con este procedimiento.

9.- Entiendo que el cuidado de mi anestesia puede ser dado por o bajo la supervisión del Anesthesiólogo y médico residente, sabiendo que esta es una institución de enseñanza, entiendo que mi anesthesiólogo, su asistente asignado y otro personal médico de esta institución tales como enfermeras, técnicos, internos, residentes pueden incluirse en e l cuidado anestésico.

10.-Entiendo la misión de enseñanza de la universidad y estoy de acuerdo con la presencia de observadores durante el procedimiento para el avance de la educación y cuidado médico.

INFORMACION DEL PACIENTE

Al firmar esta solicitud, estoy indicando que de acuerdo al contenido de este documento consiento la administración de anestesia durante mi procedimiento. Yo sé que si tengo una duda o requiero información más detallada puedo hacer más preguntas y recibir más información del médico tratante. También entiendo que la práctica de la medicina, la anestesiología y cirugía no son exactas y que nadie me ha dado promesas o garantizado acerca de la administración de la anestesia o sus resultados.

Entiendo completamente que firmo por mi propia libertad, asimismo que puedo retirar el consentimiento que ahora otorgo previo al procedimiento

Nombre y Firma del Familiar Hora	Fecha	Nombre y Firma del Paciente Hora	Fecha
Nombre y Firma del Testigo Fecha	Hora	Nombre y Firma del Testigo Hora	Fecha

Yo el Dr(a) _____ doy testimonio que el paciente o su representante nombrado arriba ha sido informado sobre los beneficios y riesgo comunes del procedimiento anestésico así como sus alternativas razonables. Si hay alguna pregunta sobre el procedimiento así como de sus alternativas serán respondidas al paciente o su representante.

Nombre y Firma del Medico _____

EN CASO DE QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, doy con esta fecha por finalizado mi consentimiento, libero de toda responsabilidad al médico tratante una vez que me ha explicado los alcances clínicos de la suspensión del acto médico.
Nombre y Firma _____



Secretaría de Salud del Estado de Michoacán
 Hospital General "Dr. Miguel Silva"
 Cruce de Isidro Huarte y Samuel Ramos, Col. Centro, Morelia, Mich.
 Teléfono: (443) 312-7216 / 312-7617



ENCUESTA 1						
NOMBRE DEL MEDICO:	_____					
RESIDENTE O ASCRITO:	_____					
SEXO:	_____					
EDAD:	_____					
AÑO DE TITULACION O ENTRENAMIENTO:	_____					
NUM. DE AÑOS COMO ANESTESIOLOGO	_____					
TURNO:	_____					
NUM. DE PROCEDIMIENTOS POR SEMANA:	_____					
Seleccione el numero correspondiente a la respuesta que ma se ajuste a su criterio y anotela en el recuadro final de cada pregunta.						
PREGUNTAS						
4.- Marque su nivel de aceptación de los siguientes parámetros a evaluar durante la valoración preoperatoria						
Datos penrsonales(edad, talla, sexo)	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Respiratorio	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Vía aérea	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Metabolismo	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Neurologico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Hepatico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Musculo esquelética	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Oncologico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Alergias	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
5.- El consentimiento informado es un acto clínico que debe realizarse con todos los pacientes antes de ser sometido al procedimiento anestésico:						
	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
6.- Los pacientes deben recibir información suficiente y continua durante su atención médica?						
	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
7.- Cual seria su nivel de aceptación con los formatos impresos especiales para consentimiento informado en anestesia?						
	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
8.- Considera útil que los formatos de consentimiento informado contengan los siguientes apartados?						
Datos del medico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Datos del paciente	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Datos sobre la técnica anestésica	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
La posibilidad de solicitar mas información	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
La posibilidad de rechazar el consentimiento	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
La posibilidad de revocar el consentimiento	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
9.- Esta de acuerdo que el paciente pueda revocar el consentimiento antes de realizar el procedimiento?						
	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>



Secretaría de Salud del Estado de Michoacán
 Hospital General "Dr. Miguel Silva"
 Cruce de Isidro Huarte y Samuel Ramos, Col. Centro, Morelia, Mich.
 Teléfono: (443) 312-7216 / 312-7617



ENCUESTA 2

NOMBRE DEL MEDICO-RESIDENTE O ASCRITO: _____
SEXO: _____
EDAD: _____
AÑO DE TITULACION O ENTRENAMIENTO: _____
NUM. DE AÑOS COMO ANESTESIOLOGO _____
TURNO: _____
NUM.DE PROCEDIMIENTOS POR SEMANA: _____

Seleccione el número correspondiente a la respuesta que más se ajuste a su criterio y anótelas en el recuadro final de cada pregunta.

PREGUNTAS					Respuesta No.	
1.-Considera que el formato propuesto se apega a la práctica de la valoración pre anestésica actual?					<input type="checkbox"/>	
1 Muy de acuerdo 2 De acuerdo 3 Indiferente 4 En desacuerdo 5 Muy desacuerdo						
2.- considera que el formato propuesto es una guía protocolizada adecuada para realizar la valoración pre anestésica?					<input type="checkbox"/>	
1 Muy de acuerdo 2 De acuerdo 3 Indiferente 4 En desacuerdo 5 Muy desacuerdo						
3.-Que parámetros considera que son adecuados?						
Datos personales(edad, talla, sexo)	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Biotipo	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Habitos sociales	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Respiratorio	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Vía aérea	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Metabolismo	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Neurologico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Hepatico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Musculo esquelética	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Oncologico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Infecto contagioso	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Obstetricos	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
NVPO	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de problemas con la ar	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Laboratorios	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
EKG	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
4.-Que parámetros no son suficientes?						
Datos personales(edad, talla, sexo)	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Biotipo	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Habitos sociales	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Respiratorio	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Vía aérea	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Metabolismo	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Neurologico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Hepatico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Musculo esquelética	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Oncologico	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Infecto contagioso	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Obstetricos	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
NVPO	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de problemas con la ar	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
Laboratorios	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
EKG	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>

5.-En el caso del consentimiento informado Considera que el documento cumple con los ordenamientos legales vigentes?	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
6.-Considera que cumple con la ética medica vigente?	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
7.-Considera que es adecuado para informar a los pacientes sobre el riesgo valorado ?	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
8.-Los formatos propuestos cumplen con sus expectativas?	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
9.-Si el departamento de Anestesiología de este Hospital le facilitara estos formatos que tan de acuerdo estaría en usarlos?	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indiferente	4 En desacuerdo	5 Muy desacuerdo	<input type="checkbox"/>
10.-Que parámetros faltan?						
11.-Que parámetros sobra?						