



Universidad Nacional Autónoma de México

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL ÁNGELES MOCEL
DIVISIÓN DE MEDICINA CRÍTICA**

**“CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL ÁNGELES
MOCEL”**

Tesis para obtener el título de
Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico

Presenta:

Dr. Alan Espíndola Cruz.

Asesor:

Dr. Ignacio Morales Camporredondo



Febrero 2014

México, D. F.



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.

DR. IGNACIO MORALES CAMPORREDONDO
Jefe de la Unidad de Medicina Crítica,
Hospital Ángeles Mocel,
Profesor Titular del Curso de Subespecialización en
Medicina del enfermo en Estado Crítico

DRA. CAROLINA GONZÁLEZ VERGARA
Jefa de Enseñanza e Investigación
Hospital Ángeles Mocel

AGRADECIMIENTOS

A ti mi Dios por haber abierto las puertas de este hospital tan prestigiado, así como las de la UNAM. Gracias por manifestarte en mi vida en todo momento.

A mi Esposa Leito, ayuda idónea y pilar más fuerte de mi familia; a mi pequeño Dany, gracias por su incondicional apoyo, por estar siempre a mi lado.

A mis Padres, Fidel y Ricarda, importantes columnas en mi vida, donde muchas veces me apoyé para seguir adelante.

A mis hermanos, Fidel y Norving, quienes de una u otra forma hicieron manifiesto su apoyo.

A mis Profesores: Dr. Ignacio Morales Camporredondo, Dr. Raúl Chio Magaña, Dr. Alfonso Maldonado Ríos (Q.E.P.D.), Dr. Alejandro Pizaña Dávila, Dr. Walter Querevalú Murillo, Dra. Diana Enríquez Santos, Dra. Ruth Olivia Díaz Oropeza, Dr. Eduardo Jaramillo, Dra. Azucena Noriega Paredes, por participar en mi formación como Médico Intensivista y como Persona.

A mis compañeros de la Residencia: Rafita, Nancy, Juan Jo, Vane, Bere, Karla, Gabriel, por ponerle sabor a esta etapa de mi formación.

A mis amigos Dr. Jorge Pérez Figueroa y Dra. Elizabeth Martínez Hernández, gracias por su amistad y apoyo.

Gracias a todos por ser parte de mi vida

ÍNDICE

Título.	5
Antecedentes.	5
Introducción.	5
Normatividad.	12
Normatividad Internacional.	13
• Informe Belmont.	13
• Convención para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano ante las aplicaciones de la biología y de la medicina (convenio de asturias de bioética o convención de oviedo).	14
• Documentos emitidos por la UNESCO.	14
Código de Bioética para el Personal de Salud.	16
Comités Hospitalarios de Bioética (CHB).	17
Consentimiento Informado.	18
Enfoque Paternalista o Tradicional.	19
Enfoque de la Autonomía.	21
Enfoque Mixto.	22
Los Testigos de Jehová y el Consentimiento Informado	25
Recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)	29
Planteamiento del Problema.	32
Justificación.	32
Objetivos.	34
• Objetivo General.	
• Objetivos Particulares.	
Anexo 1. Ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva.	35
Anexo 2. Movilización y Traslado de Pacientes Intrahospitalarios.	39
Anexo 3. Catéter Venoso Central por Venodisección.	43
Anexo 4. Catéter Venoso Central.	49
Anexo 5. Catéter de Arteria Pulmonar (Swan-Ganz).	54
Anexo 6. Línea Arterial.	57
Anexo 7. Intubación Endotraqueal.	61

Anexo 8. Sonda Nasogástrica / Sonda Orogástrica.	66
Anexo 9. Toracocentesis.	70
Anexo 10. Paracentesis.	74
Anexo 11. Sonda pleural (Tubo de Toracostomía).	78
Anexo 12. Broncoscopia.	82
Anexo 13. Traqueotomía Percutánea.	85
Anexo 14. Cardioversión Eléctrica.	89
Anexo 15. Balón de Contrapulsación Aórtica.	91
Anexo 16. Pericardiocentesis.	96
Anexo 17. Punción Lumbar.	99
Anexo 18. Monitorización de la Presión Intracraneana.	103
Anexo 19. Cuidados Paliativos.	107
Anexo 20. Limitación de Esfuerzos Terapéuticos.	109
Conclusiones.	111
Bibliografía.	113

Título:

*“Consentimiento Informado en la Unidad de Terapia Intensiva
en el Hospital Ángeles Mocel”.*

I. ANTECEDENTES.

INTRODUCCIÓN.

En tiempos anteriores como en la Grecia clásica, había el concepto paternalista en la relación médico-paciente. El médico era considerado un amigo de la sabiduría (como el sacerdote y el rey). Representaba el orden de la salud; expresaba lo verdadero, lo bueno, lo bello. Su tarea básica era curar y restaurar las costumbres buenas del paciente, por lo tanto, el médico sólo comentaba aquello que colaborara con el tratamiento y no informaba acerca de los malestares a los pacientes.

Durante el Renacimiento, la sociedad de aquella época de su capacidad constructora de nuevas realidades y se conceptualiza el hecho de que los hombres son sujetos con capacidad para discernir racionalmente por sí mismos estableciendo qué acciones son correctas y buenas sin necesidad de que ninguna autoridad se lo diga. Más tarde aparece y se desarrolla el concepto de **autonomía moral** que alcanza su máxima expresión con Kant. Este principio de autonomía tuvo gran impacto sociopolítico y es así como surgen nuevas formas de gobierno como el poder democrático y autonomista. En la sentencia del caso *Schloendorff vs. Society of New York Hospitals*, el juez Cardozo incluyó una frase como principal argumento ético-jurídico de lo que más tarde se conocería como consentimiento informado, ya que constituye el correlato jurídico del principio de autonomía: ***"Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza***

una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar legalmente^(1,2).

Al hablar de *Consentimiento Informado (CI)* es imposible ignorar a la Bioética, ya que gracias al desarrollo de esta disciplina a través de los años se ha consolidado como un área del conocimiento que se refiere a la moralidad de las nuevas formas de nacer, morir, curar y cuidar.

El término *Bioética* fue utilizado por primera vez por *Van Rensselaer Potter* como propuesta de una nueva disciplina, que sirviera como puente entre dos culturas: ***La Científica***, en torno a la vida y al medio ambiente, y ***La Humanista*** centrada en la ética.

Aunque no existe una sola manera de definir a la bioética, la Enciclopedia de Bioética de 1978 la define como ***el estudio sistemático de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales***. En la tercera edición de la enciclopedia, esta definición se amplía a ***estudio sistemático de las dimensiones de la moral – incluyendo la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud – empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario***.

La bioética ha evolucionado hacia un movimiento internacional abarcando los aspectos tradicionales de la ética médica, la ética ambiental, los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, el desarrollo sostenible, etc. La bioética es una instancia de juicio práctico que se ejerce en circunstancias concretas y a la que se le asigna una finalidad práctica, a través de diferentes formas de institucionalización. La bioética se concibe como un campo interdisciplinario de especialistas y como un movimiento social y cultural de los ciudadanos.

Aquí en nuestro país, La ***Comisión Nacional de Bioética (CNB)*** concibe a la bioética como una disciplina¹:

- **LAICA:** Busca acuerdos racionales entre personas de diversas filiaciones religiosas o ateas.
- **PLURAL:** Reconoce y promueve la diversidad, trata de alcanzar acuerdos razonables entre diversas posturas dentro de una discusión que parta de mínimos compartidos. Reconoce la pluralidad no sólo como un hecho sino como un valor.
- **AUTÓNOMA:** Es libre de influencias políticas, religiosas y económicas. Reconoce la capacidad de autorregulación del ser humano.
- **RACIONAL:** Es filosófica y discursiva. La realidad ética no se conoce *a priori* sino a través de la reflexión sobre las consecuencias de las decisiones.
- **UNIVERSAL:** Válida para todos, en cualquier lugar. Las decisiones deben ir más allá de los convencionalismos morales pues se aspira a decisiones responsables por vía del acuerdo intersubjetivo pero con base en acuerdos objetivos mínimos, como lo son los derechos humanos.
- **INTERDISCIPLINARIA:** Comprende aspectos filosóficos, científicos, sociales, antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud.
- **INTERMEDIADORA:** Promueve mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos.
- **REGULATORIA O PROCEDIMENTAL:** Apoya los protocolos, procedimientos y cuerpos colegiados.
- **APLICADA:** Reflexiona y cuestiona problemas reales, cotidianos y concretos.

La bioética se ha consolidado como un *espacio de reflexión multidisciplinario* necesario para abordar con éxito los problemas complejos suscitados en el ámbito específico de la atención sanitaria y ha ido ampliando progresivamente su enfoque

para estudiar los factores naturales, tecnológicos y sociales que pueden tener repercusiones importantes sobre la salud humana y en la biosfera en su conjunto.

A pesar de ser una disciplina joven y en continuo desarrollo, se ha convertido en una herramienta de trabajo fundamental para los comités y organismos que, con funciones predominantemente consultivas, son requeridos para elaborar informes, desarrollar tareas de formación de profesionales de la biomedicina e identificar los aspectos éticos en protocolos de investigación que implican a seres humanos. Para su normal funcionamiento, los diversos comités que realizan evaluación ética deberían contar con miembros familiarizados con aspectos básicos de la argumentación y del razonamiento moral. Es preciso tener en cuenta que los valores son el producto condensado de experiencias y de circunstancias que se han ido configurado, a lo largo de generaciones, todo lo bueno, deseable e importante para grupos humanos muy diversos.

En este sentido conviene recordar que la ética no consiste en la aplicación rutinaria de principios o de normas morales importadas, sino en la justificación racional argumentativa de las posibilidades de acción preferibles entre varias alternativas, estos principios generales son la base sobre la que se articulan códigos de normas morales, a veces muy detalladas y complejas.

Los principios morales sirven de guía o como reglas para la acción pero a menudo entran en conflicto y cada uno de ellos puede ser ponderado de diversas formas, según el contexto de referencia. No pueden considerarse normas precisas de acción puesto que tienen un carácter orientador y son dependientes de las circunstancias. Su presunta validez *a priori* puede verse afectada por los detalles del caso en los que colisionan con principios de importancia equiparable. En consecuencia, los principios morales tienen una función orientadora. Su aplicación no

puede ser universal sino mediada por procesos de reflexión y de argumentación sensibles a los detalles y a las circunstancias de aplicación.

Es en la *Deliberación* donde se identifican los criterios para aplicar principios que a menudo compiten con el fin de procurar que la acción finalmente elegida promueva los valores que dotan de contenido a los principios.

DELIBERACIÓN. Es un acto en el que se evalúan los PROS y CONTRAS relevantes con el fin de adoptar una decisión determinada. Puede efectuarse de manera individual o colectiva.

No se trata simplemente de *hacer lo correcto* porque aparentemente se tiene en cuenta una regla o principio ampliamente aceptado, sino de garantizar en lo posible, *que el resultado sea bueno*, atendiendo a las circunstancias y a los detalles relevantes de la situación en donde es preciso aplicar estos principios.

Los principios pueden servir de apoyo para orientar los argumentos de forma razonable, sea en el marco de una reflexión individual o en entornos institucionales especializados. En ambos se busca que la acción práctica responda a ciertos valores.

Dentro de la bioética, la *Corriente Principialista* es una de las aproximaciones teóricas relacionada con el desarrollo de la disciplina. En el centro de la misma se encuentran los principios ampliamente conocidos que se han retomado en la mayoría de los documentos éticos y normativos. Entre ellos, el más conocido es el **Informe Belmont** elaborado por la **Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta** (1978). Dicho Informe expresó los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia. Posteriormente, estos principios fueron ampliados y aplicados para la ética biomédica por Beauchamp y Childress. Estos son los principios:

- 1. RESPETO POR LA AUTONOMÍA.** Se refiere a la necesidad de respetar, tanto en acciones como en actitudes, a la capacidad y al derecho que poseen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio resultan las mejores, entre las diferentes posibilidades, de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud, tanto en términos de intervenciones como de investigación. Este principio sustenta la necesidad de contar con un **Consentimiento Informado** y del derecho a negarse a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación. No se refiere a la no interferencia con las decisiones del otro. Implica la obligación de crear y de mantener las condiciones para tomar decisiones autónomas al tiempo que se ayuda a despejar el temor y otras situaciones que destruyen o interfieren con las acciones autónomas. De este principio se desprende el deber de proteger a quienes no tienen esta capacidad.
- 2. BENEFICENCIA:** Considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.
- 3. NO MALEFICIENCIA.** No se debe infligir daño o hacer mal. Este principio obliga a minimizar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones, sin justificarlas o innecesarias.

4. JUSTICIA. Es el principio por el cual se pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria o en la investigación se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de la sociedad, tomando en cuenta la edad, el sexo, el estado económico y cultural y las consideraciones étnicas. Se refiere, asimismo, a que todos los pacientes en situaciones parecidas deban tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos posibles.

NORMATIVIDAD.

Las acciones de salud se encuentran reguladas por normas vigentes a nivel nacional e internacional que se sustentan en normas éticas que proveen una estructura para realizar análisis y tomar decisiones. En ellas se enfatiza que el personal de salud debe proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes.

También se establecen pautas para evaluar y equilibrar los beneficios y riesgos de las intervenciones con un énfasis en el deber de maximizar los beneficios sobre los riesgos⁽²⁾.

Uno de los principales textos fundadores de la disciplina bioética es el Código de Nuremberg de 1947, redactado por la Asociación Médica Mundial tras conocerse las atrocidades perpetradas, en nombre de la ciencia bajo el nazismo. Este documento se consagra al principio de la necesidad del libre consentimiento de toda persona invitada a someterse a un experimento médico. Por lo tanto, sólo tras el desastre de la II Guerra Mundial, el inicio de la transformación tecnológica de la medicina en los años cincuenta, la explosión de los movimientos mundiales de

reivindicación de los derechos civiles en los años sesenta y el resurgimiento de la bioética en la década de los setenta, los profesionales de la medicina comenzaron a aceptar que el modelo paternalista de relación médico-paciente no podía continuar⁽¹⁾.

NORMATIVIDAD INTERNACIONAL.

I. INFORME BELMONT.

En 1972 se tuvo conocimiento del estudio que se llevó a cabo en el sur de los Estados Unidos de América y que se conoce como el estudio de *Tuskegee*. En este estudio se siguió el curso de la sífilis latente en más de 400 personas afroamericanas enfermas y de bajos recursos. A las 400 personas incluidas en el estudio se les negó tratamiento para su enfermedad aún después de que se descubrieron los antibióticos específicos para combatirla en los años 40. En 1972, cuando se hizo pública la forma de realización de este estudio se estableció la ***Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research)***. La Comisión trabajó cerca de cuatro años y, en 1978 publicó el informe final conocido como el ***Informe Belmont. Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación***. En el informe se establecen los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia.

II. CONVENCIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO ANTE LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y DE LA MEDICINA (CONVENIO DE ASTURIAS DE BIOÉTICA O CONVENCIÓN DE OVIEDO).

Este convenio rige países europeos. Es un marco referencial que se puede aplicar a otros países que no pertenecen a la Comunidad Europea debido a que el Consejo de Europa cuenta con miembros observadores, entre los que se encuentra México. Estos países observadores, al igual que los países miembros, pueden signar y ratificar el protocolo. La CNB ha asistido de manera regular a las sesiones del Comité Director de Bioética del Consejo de Europa y ha ratificado el Convenio de Oviedo; ésta es una iniciativa que tomó nuestro país desde el 2002, y se centra en la biomedicina y los derechos humanos y prescribe la protección de la dignidad y de los derechos humanos en la aplicación de la medicina y la biología, la prohibición de la clonación de seres humanos, el acceso equitativo a los beneficios de la sanidad, la protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, la voluntad anticipada, la protección de la vida privada y el derecho a la información, entre otros tópicos.

III. DOCUMENTOS EMITIDOS POR LA UNESCO.

La UNESCO es el órgano especializado en cuestiones económicas y sociales de la Organización de las Naciones Unidas. Ha emitido documentos que son de interés y de relevancia para el desarrollo y la universalización de la bioética. Entre los documentos relevantes se encuentran:

- La Declaración sobre el genoma humano y derechos humanos.
- La Declaración internacional sobre los datos genéticos humanos.

- La Declaración sobre las responsabilidades de las generaciones actuales para con las generaciones futuras.
- La Declaración universal sobre bioética y derechos humanos.

México ha tenido una participación importante en el Comité Internacional de Bioética y en el Comité Intergubernamental, ambos de la UNESCO. Las Declaraciones mencionadas arriba, han sido aprobadas por la Conferencia general de la UNESCO de la cual es el órgano supremo (Carta de las naciones unidas, artículo 57). Se trata de documentos internacionales que se vinculan directamente con los derechos humanos y que reflejan una actualización ampliada y modernizada de estos. Las cuatro declaraciones se pueden considerar y analizar como un conjunto instrumental único. El carácter de estas declaraciones como fuente de derecho internacional es de una fuerza obligatoria e imperativa relativa. Estas declaraciones han recogido el consenso de los Estados integrantes en la protección del ser humano que participa en investigaciones biomédicas, en la ecología, la atención médica, el diseño de políticas públicas y la preservación de la dignidad y de los derechos humanos.

Dentro de los objetivos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos destacan el de proporcionar un marco universal de principios y de procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formación de legislaciones y de políticas. Asimismo, pretenden orientar la acción de los individuos, los grupos, las comunidades, las instituciones y las empresas públicas y privadas en materia de bioética y de derechos humanos bajo los siguientes principios éticos y alcances, a manera de rubros:

- Dignidad humana y derechos humanos.

- Beneficios y evitar efectos nocivos.
- Autonomía y responsabilidad individual.
- Igualdad, justicia y equidad.
- El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales.
- Protección de los participantes en los proyectos de investigación.

Para su implementación, la Declaración considera que:

- Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para aplicar mediante leyes o reglamentos, los principios enunciados en la Declaración.
- Instituir Comités de Ética independientes, pluridisciplinarios y plurales.
- Los Comités de Bioética deberían cumplir funciones de velar por los deberes y derechos de las partes involucradas, de propiciar la solución de conflictos, de evaluar proyectos de investigación, de participar en la enseñanza y en la difusión de la bioética y, en buscar una justicia distributiva (mediante la colaboración en la transformación normativa correspondiente).

CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

Fue emitido por la Comisión Nacional de Bioética en el año 2002. Representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente los relacionados con la Medicina y la salud. Por medio de este instrumento, la Comisión Nacional de Bioética se comprende como el conducto para

estimular y facilitar el cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud al establecer los aspectos genéricos de las conductas éticas en la prestación de los servicios de salud.

COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB).

La práctica de la Medicina lleva implícito el principio ético de servicio y de respeto del ser humano, en particular del paciente, salvaguardando su dignidad, sus derechos humanos y su libre albedrío. Las acciones de atención a la salud por los profesionales se llevan a cabo en un escenario dinámico y cambiante, que es consecuencia de la diversidad de características inherentes al personal de salud y al usuario de los servicios, así como del tipo de tecnología que se utiliza en el proceso de atención. Por lo tanto, en la relación del profesional de salud con el paciente intervienen factores intrínsecos y extrínsecos al ejercicio profesional y técnico.

Según el Hastings Center, el propósito de la medicina es:

- Prevenir la enfermedad.
- Promover la salud.
- Aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Atender y cuidar de los enfermos que no tienen cura.
- Prevenir la muerte prematura e innecesaria.
- Ayudar al bien morir.

Los Comités Hospitalarios de Bioética son la Instancia en la que se analizan de manera sistematizada los conflictos de valores que pudiesen surgir durante el proceso de atención clínica o de docencia. El tipo de decisiones que debe tomar el personal de salud ha cambiado drásticamente. Las diversas posibilidades se enfrentan en situaciones que generan dilemas éticos. El reconocimiento de que el paciente es una

persona con igual valor moral que el personal de salud para tomar decisiones sobre su cuerpo a pesar de estar enfermo, aumenta la complejidad de las decisiones a tomar. Es así que resulta cada vez más frecuente encontrar puntos de vista diferentes entre pacientes (y/o sus familiares) y el personal de salud.

La definición de lo que es bueno y conveniente para el paciente no se limita a los aspectos técnicos, que son de dominio obligatorio y exclusivo del personal de salud. El concepto de calidad de vida y de beneficio está también determinado por los planes de vida y/o valores del paciente. Por lo tanto, no necesariamente coinciden con los del personal médico y es allí donde pueden surgir conflictos éticos. En ese sentido es cuando los CHB se convierten en las instancias encargadas de asesorar a las partes interesadas que así lo soliciten.

Es importante comprender que los CHB son espacios de deliberación y de educación en los que se da la discusión en un ambiente de libertad y de tolerancia. Los CHB deben asesorar, educar y promover la creación de protocolos institucionales y en ningún caso sustituyen la responsabilidad de los médicos para con los pacientes¹.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Para comprender el significado del *Consentimiento Informado* es necesario describir la evolución histórica de la relación entre el profesional de la salud y la persona que requiere de sus servicios. Dada la trascendencia del acto de cuidar la salud, cada profesión ha reglamentado su ejercicio mediante los códigos deontológicos profesionales en los cuáles se reconoce la dignidad de las personas y sus derechos, dichos códigos han influido en el cambio de comportamiento del profesional de la salud que ha pasado de un estilo autoritario y patriarcal a otro liberal y democrático; así mismo el comportamiento

del paciente se ha modificado pasando de un papel dependiente a una postura igualitaria participativa.

En tiempos anteriores como en la Grecia clásica, había el concepto paternalista en la relación médico-paciente. El médico era considerado un amigo de la sabiduría; representaba el orden de la salud, expresaba lo verdadero, lo bueno, lo bello. Su tarea básica era curar y restaurar las costumbres buenas del paciente, por lo que, el médico sólo comentaba aquello que colaborara con el tratamiento y no informaba acerca de los malestares a los pacientes. Durante la edad media, se rompió con la imagen del mundo ordenado y perfecto, el hombre tomó consciencia de que el saber no podía limitarse a lo conocido e inició cuestionando ese orden, como un ser inteligente, racional, libre y poseedor de dignidad. Mediante su voluntad y su razón puede cambiar el entorno natural y social, puede cambiar la historia. Esta capacidad constructora de nuevas realidades, entra en la moralidad y se canaliza a través del concepto de que los hombres son sujetos con capacidad para discernir racionalmente por sí mismos estableciendo qué acciones son correctas y buenas sin necesidad de que ninguna autoridad se lo diga.

Los enfoques que han prevalecido, a través de la historia, en la relación del profesional de salud y el paciente, son: *Paternalista o Tradicional (de Beneficiencia)*, *De la Autonomía o Visión Contemporánea de la Libertad*, y *Enfoque Mixto*.

ENFOQUE PATERNALISTA O TRADICIONAL.

Durante más de veinte siglos, el profesional de la salud basó su actuación en una actitud paternalista en virtud de la cual se consideraba a la persona enferma como un sujeto incapaz de tomar decisiones autónomas, se le consideraba como un niño que debía asumir un papel pasivo de sumisión y confianza frente al papel autoritario del profesional.

La relación que se establecía se caracterizaba porque el paciente proporcionaba toda la información que el profesional le solicitaba y éste tomaba las decisiones en beneficio del paciente pero sin el paciente, su actuación se guiaba por el principio ético de **Beneficencia**.

Diego Gracia, refiriéndose a este tipo de relación, dice que ha estado vigente en la medicina occidental desde los orígenes de ésta en la época hipocrática, hasta casi nuestros días, se caracteriza porque el *“buen médico es aquel que se comporta como un padre solícito, que quiere lo mejor para su hijo, pero siempre según su parecer y no el del hijo y el buen enfermo es el que se comporta como un hijo que acata los mandatos del padre sumisa y obedientemente”*.

Dicho paternalismo era dogmático y autoritario, se hacía *“todo por el paciente pero sin el paciente”*. Séneca, citado por Pérez, recomendaba a quienes ejercían la medicina de su época: “No desesperes de poder sanar aun a los enfermos antiguos (crónicos) si te mantienes firme contra sus intemperancias y les fuerzas a hacer y a soportar muchas cosas contra su voluntad”.

Esta mentalidad paternalista perduró hasta el siglo XVIII. Este siglo se consideró como la época de la ilustración en la que la influencia de los filósofos radicales y liberales promovió la emancipación ciudadana. Diego Gracia retoma lo dicho por Immanuel Kant quien definió el **PROCESO DE EMANCIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS** como “la salida de los hombres de su culposa minoría de edad” y agrega que *“las revoluciones liberales fueron, en efecto, la emancipación de los ciudadanos de la tutela del monarca absoluto, hacia el logro de su mayoría de edad civil y política”*. Dicha emancipación influyó en la relación de los profesionales de la salud con las personas que requerían sus servicios y es así como el autoritarismo se fue convirtiendo en un espíritu de igualitarismo, entre el profesional y el paciente.

Andrés Pérez Melero considera que este período (finales siglo XVIII y comienzos del siglo XIX) representa la transición del paternalismo duro, característico de la medicina hipocrática, a otro paternalismo denominado adecuado. Los cuidados de la salud dejaron de considerarse como una acción unilateral del profesional de la salud hacia la persona enferma en la cual el primero tomaba la decisión sin escuchar al segundo.

ENFOQUE DE LA AUTONOMÍA.

Beauchamp. T. L. Citado por Tortoreto y otros consideran que el enfoque de la autonomía funda sus raíces históricas en las teorías del liberalismo, un acto del profesional de la salud es moralmente aceptable no tanto porque realiza el bien del paciente sino porque se deriva de su libre elección. El esquema autoritario vertical que caracterizaba las relaciones entre el profesional y el paciente cambia por una relación democrática y horizontal. El principio ético que marca este nuevo tipo de relación es el de **autonomía**, este enfoque enfatiza que se debe respetar por sobre todo la autonomía del paciente y por lo tanto para efectuarse cualquier procedimiento de diagnóstico o de tratamiento es necesario tener la autorización del mismo, previa una información adecuada.

El proceso de emancipación de los pacientes se inició en la segunda mitad de la década de los años sesenta y desde entonces ha progresado ininterrumpidamente. El reconocimiento a la autonomía ha hecho que la relación entre los profesionales de la salud y las personas que requieren de su atención sea más horizontal, reivindicando así el derecho y la obligación que tiene la persona (que sea competente) de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, en función de su propio proyecto de vida.

En consecuencia en el **Enfoque de Autonomía** se invierten los papeles, si en el paternalista se debía respetar y obedecer lo señalado por el profesional de la salud en éste se debe respetar y obedecer la voluntad del paciente. En el **Enfoque Paternalista** o

Tradicional el profesional de la salud en ocasiones justifica una acción diciendo que será de beneficio para el paciente, en el *Enfoque de Autonomía* debe promoverse lo mejor para el paciente pero desde lo que por ello entienda el paciente.

ENFOQUE MIXTO.

Los enfoques ya mencionados tienen valores que merecen destacarse, sin embargo; si se toman separadamente son enfoques que tienden tanto a debilitar el papel del paciente y su autonomía, como la autoridad del profesional de la salud y su capacidad de determinar el cuidado que su paciente requiere

El **Enfoque Mixto**, denominado por Cabal intenta conciliar la beneficencia con la autonomía, es decir reconocer por parte del profesional la autonomía del paciente puesto que es un ser dotado de dignidad y un fin en sí mismo y por parte del paciente reconocer al profesional de enfermería como un ser dotado de autoridad moral y científica que procurará, ante todo y por todo, el bien real y pleno para su salud.

Lo anterior se debe traducir en un diálogo sincero y abierto entre el médico y el paciente, en el cuál el médico comunique al paciente de manera sencilla, clara y comprensible su estado de salud y los cuidados más adecuados, los beneficios del mismo y los riesgos reales y potenciales a que dé lugar⁽⁶⁾.

Uno de los principales textos fundadores de la disciplina bioética es el Código de Nuremberg de 1947, redactado por la *Asociación Médica Mundial* tras conocerse las atrocidades perpetradas, en nombre de la ciencia bajo el nazismo. Este documento se consagra al principio de la necesidad del libre consentimiento de toda persona invitada a someterse a un experimento médico. Tras la II Guerra Mundial, el inicio de la transformación tecnológica de la medicina en los años cincuenta, la explosión de los movimientos mundiales de reivindicación de los derechos civiles en los años sesenta y el resurgimiento de la bioética en la década de los setenta, los profesionales de la medicina

comenzaron a aceptar que el modelo paternalista de relación médico-paciente no podía continuar. Esta situación se observó inicialmente en los Estados Unidos de América del Norte; se hizo cuando los pacientes se dieron cuenta de que los médicos hacían caso omiso a sus peticiones, teniendo que llegar a instancias judiciales. Es por ello que la historia del *Consentimiento Informado* en ese país tiene un desarrollo judicial, y esto hizo que los médicos tardaran en incluirlo como un comportamiento ético fundamental⁽¹⁾.

En la última década, diversas agrupaciones han tenido la inquietud de que el paciente debe influir de alguna manera en las decisiones médicas, además de que debe existir un respeto a la autonomía de cada enfermo, independientemente de la situación en que se encuentre. Sin embargo, estas agrupaciones no han llegado a un acuerdo común y, como resultado, no existen argumentos que sean considerados válidos por todos los médicos ni en todos los países, por lo que las opiniones se dividen en 2 grupos, dependiendo de los principios éticos fundamentales que regulan tanto la conducta del médico como la sociedad a la que pertenece:

- Si se considera que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del paciente, la participación de éste en la toma de decisiones puede ser secundaria.
- Si por el contrario, el respeto al paciente es considerado como principal valor ético, entonces es posible que en algunas circunstancias el paciente tome decisiones que no propician su bienestar.

Para que el paciente tome una decisión, es requisito indispensable que actúe de forma autónoma y competente. Sin embargo, existen algunas circunstancias que impiden que el enfermo sea competente para actuar de manera autónoma. La decisión de un paciente en relación con la intervención médica se basa también en la información que ha recibido, pero no existe un modelo general para proporcionar esta información. De ahí que el significado del consentimiento del enfermo a las acciones del médico varíe según el

caso. No es lo mismo cuando se trata de un procedimiento terapéutico que cuando se incluye al paciente en una investigación clínica⁽⁷⁾.

En México existe obligación de realizar un proceso de consentimiento informado que esté fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación para la salud.

Consentimiento Informado se define como la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. En 2003, Gordon EJ, en el programa de Graduados en Bioética, establece los Elementos en el proceso de Consentimiento Informado¹²:

1. **Competencia** – Capacidad de entender y decidir.
2. **Divulgación de la Información** – Comunicar el procedimiento, los riesgos, beneficios y alternativas.
3. **Entendimiento** – Comprensión de la información.
4. **Voluntariedad** – Decidir libre de coerción o coacción.
5. **Decisión** – Selección de un curso de acción, objetivo, tratamiento o régimen de tratamiento.

Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento. Muchas demandas de negligencia profesional son acompañadas de alegatos ocasionados por la falta del consentimiento informado. La discusión de éste es el primer paso para dar a conocer los posibles resultados del tratamiento y aminorar los malos entendidos de los pacientes y sus familiares. Los pacientes que conocen los riesgos del tratamiento son los menos propensos a reclamar si uno de los riesgos descritos ocurre⁽¹⁾.

En la práctica médica Institucional y privada tanto los médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud deben realizar este documento, mediante el cual, el paciente sea informado de forma breve, con lenguaje comprensible, de manera que el lenguaje médico pueda entenderse por la generalidad de los pacientes⁽⁸⁾.

LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Los Testigos de Jehová son una sociedad, con principios, normas y costumbres. Ellos no aceptan algunas intervenciones médicas, la más conocida, la Transfusión de Hemoderivados. Sustentan su creencia en lo escrito en su Biblia “La Atalaya de Sión”. Cabe destacar que en la Biblia Reina Valera hay 463 citas que hablan de sangre, en varias de estas se prohíbe su ingesta, una de ellas es el “Pacto Eterno” (Mandato de Jehová a Noé)⁹:

*“Pero no coman nunca carne que todavía tenga sangre,
pues en la sangre está la vida...” TLA Génesis 9:4.*

“Si algún Israelita o Extranjero que viva en el País,
llega a cazar un pájaro o un animal de los que está
permitido comer, deberá esperar que se escurra su
sangre y cubrirla con tierra...” **TLA Levítico 17:13.**

“Recuerden que la sangre es la que da la vida a todo animal.

Por eso no les permito comer carne con sangre,
y quien lo haga, será expulsado del país”... **TLA Levítico 17:14.**

“No Coman carne de animales que hayan sido sacrificados en
honor a ídolos; no coman sangre ni carne de animales que

todavía tengan sangre adentro”... **TLA Hechos 15:29.**

Es evidente que en estos versículos está la respuesta. Dios le ordenó a su pueblo NO COMER sangre más no dijo “NO TE TRANSFUNDIRÁS SANGRE”. En *Génesis 9:4* está claro el mensaje de Dios: “En la sangre está la Vida”. Sin embargo, los Testigos de Jehová pretenden dar a hechos 15:29 un significado sin contexto: “Abstenerse de sangre” significa NO meterla de ningún modo a tu cuerpo, de lo cual difieren entre ellos mismos¹¹. La **WTS (Watchtower Bible and Tract Society)** asegura que transfundirse es comer sangre, y condenan al enfermo receptor del fluido, quien, si sobrevive a la enfermedad por la que requirió transfusión, podrá ser objeto no solo de remordimientos de conciencia, sino también de la sanción más terrible de esta religión: La Expulsión; ya que este acto se equipara a una rebelión con Jehová.⁸

Es por ello que como Profesionales de la Salud debemos entender y respetar las creencias de los pacientes, ya que de no hacerlo, las consecuencias para el paciente, si sobrevive pueden ser dramáticas y orillararlo, incluso, al suicidio.

ARGUMENTO MÉDICO.

Una vez comprendido el argumento de este grupo religioso para no aceptar transfusiones de hemoderivados, es nuestra obligación informarles que el riesgo de mortalidad por transfusión es de 2 – 44 casos por millón de unidades; mientras que en el mundo mueren diariamente 3 Testigos de Jehová por no transfundirse. Más aún, las fracciones permitidas para transfundirse a Testigos de Jehová (Factor VIII, por ejemplo) infectaron de SIDA a muchos hemofílicos seguidores de esta corriente religiosa, y no se han prohibido por ello.

Carson y colaboradores (1988) informaron lo siguiente respecto a 125 pacientes Testigos de Jehová que rechazaron transfusiones en Cirugía:

Murieron:

- 61.5% de aquellos con hemoglobina menor a 6 g/dL.
- 33% con hemoglobina entre 6.1 – 8 g/dL.
- 7.1% con hemoglobina entre 8.1 – 10 g/dL.
- No se documentaron defunciones con hemoglobina mayor de 10 g/dL. ¹²

Las *opciones médicas* a la transfusión que han propuesto los Testigos de Jehová son:

- Cirugía sin sangre.
- Ácido epsilonaminocaproico.
- Desmopresina.
- Eritropoyetina.
- Solución Hartmann.
- Dextrán.
- Hetastarch.
- Aprotinina.
- Estrógenos conjugados.
- Recapturador de eritrocitos.
- Oxígeno hiperbárico.
- Hipotermia.

Para la *hiperbilirrubinemia neonatal* proponen el uso de protoporfirinas, carbón activado e inmunoglobulinas. Los médicos sabemos que no son una alternativa de igual utilidad terapéutica que la sangre, y la mayoría no estamos entrenados para sustituir la sangre con esas opciones.

En relación al *Consentimiento Informado* en estas circunstancias, en la definición de este derecho, se describen dos sujetos, una variable determinante y un objetivo de la acción:

- El sujeto del derecho, que es el individuo enfermo, cuya decisión es personal y actual.
- Un sujeto con autonomía moral, pero no legal, que es el médico.
- Una variable determinante, la competencia para decidir, que se reconoce en el adulto consciente con capacidad mental plena. Se excluye a los niños, a los

pacientes inconscientes y a aquellos que tengan afectación de sus funciones mentales. Un paciente adulto consciente (competente) puede caer en inconsciencia y en ese momento se le consideraría incompetente.

- Un objetivo de la acción, que es el acto diagnóstico o terapéutico propuesto.

Ante este esquema, pueden ocurrir varias situaciones:

1. El paciente no es competente. El Estado se reserva la titularidad del derecho.
2. Paciente competente que acepta las maniobras diagnósticas y terapéuticas propuestas por el médico.
3. Paciente competente que rechaza las opciones diagnósticas y terapéuticas propuestas por el médico:
 - a. En situación que no es urgencia, por ejemplo: paciente con anemia crónica y cirugía electiva, que rechaza transfusión.
 - b. En situación de urgencia, por ejemplo: paciente con sangrado masivo de várices esofágicas, que rechaza transfusión.

El prestador de servicios de salud da la información completa sobre el padecimiento y expone las opciones de manejo que él puede ofrecer. El paciente competente tiene la potestad de rechazar o seleccionar entre esas opciones de manejo. Éste es el punto esencial de este derecho. Si acepta (situación 2), debe autorizarlo con su firma; pero si hay rechazo (en situación 3a) esa decisión no le permite reclamar ipso facto alternativas médicas no ofrecidas, lo cual rebasaría la definición y el espíritu del consentimiento informado. Cuando el paciente, que rechazó la propuesta diagnóstica o terapéutica, exige un procedimiento no ofrecido por el facultativo y que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, o bien, no está entrenado para su

realización, tras informarlo debidamente, ejerciendo su autonomía moral, quedaría dispensado de actuar.⁹

LA ÉTICA Y LOS DERECHOS HUMANOS.

La **filosofía moral** aplica sus dos principios fundamentales en la relación médico/paciente:

1. El respeto a la vida humana y,
2. El respeto a la libertad informada del paciente, que debe estar subordinado.

El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ya sea por acción o por omisión, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este último. La hemotransfusión puede ser la principal o única terapéutica para mantener la vida, motivo por el que no es deontológico usar procedimientos que garantizarían menos la supervivencia, como las llamadas *opciones médicas para la sangre*.

El profesional de la salud sólo está obligado, por ética profesional, a **utilizar prácticas validadas**; mientras no haya otra opción mejor y probada, habrá que informarlo al paciente para que éste acepte la transfusión o recurra a otro médico; si se trata de una institución, para que el caso sea sometido a revisión conjunta con los directivos y después sea canalizado al Comité de Bioética Hospitalaria para decidir quién, cómo y dónde se le atenderá.

En cuanto a los niños, el derecho humano más importante que rige en el mundo es el de respetar y hacer proteger su vida por el Estado; la negativa de ciertos padres a la transfusión contraviene este derecho. En Europa, por interés superior del infante, la ley autoriza al médico para realizar la transfusión con acuerdo del fiscal. En caso de muerte de un menor por falta de transfusión, los padres son procesados no a causa de sus

convicciones religiosas, sino por no haber respetado la obligación de ejercer la tutela parental (Parlamento Europeo).

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS.

En 2002, la SEMICYUC publicó las recomendaciones, tomando en cuenta que, desde el punto de vista ético y legal, el paciente tiene el derecho a ser informado sobre el tratamiento, sus alternativas, los riesgos y los beneficios, para así poder tomar las decisiones pertinentes, lo que incluye su negativa a cualquier tratamiento, incluso cuando esa negativa pueda tener como consecuencia su muerte. Sin embargo, en Medicina Crítica, el derecho del paciente informado a la toma de decisiones tiene particularidades que lo dificultan, y que afectan a los Médicos, a los pacientes y a sus familias.

Estas particularidades tienen que ver con el tipo de tratamientos y tecnología que se utilizan en las Unidades de Terapia Intensiva. En general, son tratamientos invasivos, incómodos e incluso dolorosos para los pacientes, algunos de larga duración, con riesgos y efectos secundarios. Aunque los tratamientos han probado su efectividad, hay ocasiones en que es difícil de evaluar el beneficio para casos individuales, lo que dificulta la valoración del riesgo-beneficio, y por tanto la información más relevante que precisaría un paciente para tomar decisiones.

La enfermedad hace que la capacidad de muchos pacientes para tomar decisiones esté mermada o ausente, y la necesidad de ingresar a una Unidad de Terapia Intensiva normalmente urgente, lo que equivaldría a no necesitar el consentimiento informado del paciente.

Por otro lado, es importante mencionar que se producen cambios rápidos en la situación clínica de los pacientes críticos, y por tanto decisiones que eran válidas para una

situación determinada dejan de serlo a continuación, lo que obligaría a consultar al paciente constantemente para modificar el plan terapéutico¹².

Las conclusiones del Grupo de Bioética de la SEMICYUC son las siguientes:

1. Rechaza el consentimiento genérico por la dificultad de documentar toda la complejidad del procedimiento en las Unidades de Terapia Intensiva, aunque presente ventajas de carácter legal.
2. Considera que el estado del arte de la Medicina Crítica lo constituye la monitorización del paciente, para poder recibir datos objetivos y efectuar un tratamiento acorde con estos datos. Esto quiere decir que los familiares del paciente o el propio paciente recibirán la información de todo el proceso general que tiene lugar en una Unidad de Terapia Intensiva, pero no la firmará como si se tratase de un documento de Consentimiento Informado.
3. Cada hospital debe realizar su propia hoja de información a los pacientes en función de sus características específicas.
4. Apoya el consentimiento por procedimientos en las siguientes situaciones: traqueostomía, transfusión sanguínea no urgente, fibroscopia, intervención quirúrgica urgente, hemodiálisis, marcapasos que no sea de urgencia vital, plasmaféresis, angioplastia, nuevas tecnologías o aquellas que aún no han demostrado su eficacia.
5. Se enfatiza la necesidad de adquirir o desarrollar nuestras habilidades para proporcionar la información diaria programada a los familiares del paciente, que debe realizarse en horario laboral, siempre por su responsable médico¹⁰.

Hasta el momento no existen estudios publicados en nuestro país que examinen los procedimientos médicos para los cuales los Médicos Especialistas obtienen de forma rutinaria el Consentimiento informado. Si bien el Consentimiento Informado es obligatorio para todo procedimiento invasivo, no hay estándares nacionales establecidos¹¹.

Una revisión de los elementos fundamentales del proceso de consentimiento informado revela discrepancias entre la teoría, la práctica clínica y las preferencias del paciente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente no existe en nuestro país una forma estandarizada para realizar un documento de consentimiento informado dirigido a los pacientes que ingresan a las Unidades de Terapia Intensiva (o a sus apoderados legales), en donde se les explique de forma clara, precisa y en un lenguaje entendible para la mayoría de las personas, cual es el motivo por el cual un paciente necesita ser atendido en una Unidad de Terapia Intensiva, cuáles son las indicaciones, beneficios, riesgos y/o consecuencias de esta estancia, cuales son los procedimientos (Médicos – Invasivos / No invasivos y/o quirúrgicos) que puede llegar a requerir el paciente durante su estancia; así como también explicar las situaciones en las cuales un paciente grave no cumple con criterios para ingresar a una Unidad de Terapia Intensiva.

III. Justificación.

El Hospital Ángeles Mocel a lo largo de su historia se ha caracterizado por la alta calidad en la atención médica que brinda a la población; es una Institución a la vanguardia en materia de Servicios Médicos, cuenta con la infraestructura de un Hospital de Alta Especialidad. De igual forma, el Departamento de Medicina Crítica de esta Institución cuenta con infraestructura de alto nivel sin embargo, a pesar de contar con un grupo de Profesionales de la Salud altamente capacitados, y de contar con estándares de calidad en la atención, nos hemos dado cuenta que al momento de informar al paciente y a sus familiares cuál es la situación a la que se enfrentan durante un proceso de enfermedad, cual es la situación real y bajo que condiciones ingresa un paciente a esta Unidad, la mayoría de las ocasiones no se logra establecer una comunicación adecuada entre ambas partes, y esto se debe principalmente a factores como son:

1. El impacto que reciben los familiares al saber que su paciente requiere asistencia médica en una Unidad de Terapia Intensiva.

2. En la mayoría de los casos no se utiliza un lenguaje claro y entendible para cualquier persona al momento de informar que es lo que tiene el paciente, y cuál será la terapéutica a seguir, incluyendo cuales los son los procedimientos más comunes a los que puede ser sometido el paciente durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva, como son: Instalación de Catéteres Venosos Centrales, líneas arteriales, intubación orotraqueal con Asistencia Mecánica Ventilatoria, entre otros que detallamos en este trabajo; generando dudas que por pena, el paciente o sus familiares no expresan, aceptando ciegamente lo que el Médico, en ese momento les está informado.

Esto ha generado diversos problemas cuando los resultados no son los esperados por el paciente y/o sus familiares, derivando en un proceso legal, a pesar de existir un documento firmado, en donde aparentemente el paciente y sus familiares firman de enterados, aceptando los procedimientos ya realizados. La mayoría de estos documentos carecen de información clara y precisa de los procedimientos a realizar, por lo que, en determinada situación, el paciente o sus familiares niegan haber sido informados, alegando que el Médico ocultó información. Es por ello que nos dimos a la tarea de elaborar los Consentimientos Informados que contenga la información clara y precisa de los procedimientos más comunes que se llevan a cabo en una Unidad de Terapia Intensiva, así como un documento de consentimiento para ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva.

IV. OBJETIVOS.

- a. **OBJETIVO GENERAL.** Elaborar los formatos de los Consentimientos Informados para cada uno de los procedimientos más comunes realizados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ángeles Mocel.
- b. **OBJETIVOS PARTICULARES.** Elaborar el Consentimiento Informado para:
 - I. Ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva.
 - II. Movimiento y traslado de pacientes.
 - III. Instalación de catéter venoso central por venodisección.
 - IV. Instalación de catéter venoso central con diferentes abordajes.
 - V. Instalación de un Catéter de arteria Pulmonar (Swan-Ganz).
 - VI. Instalación de una Línea para medición invasiva de Presión Arterial.
 - VII. Instalación de una Sonda Nasogástrica.
 - VIII. Intubación Endotraqueal.
 - IX. Toracocentesis.
 - X. Paracentesis.
 - XI. Instalación de Sonda Endopleural.
 - XII. Broncoscopía.
 - XIII. Traqueotomía Percutánea.
 - XIV. Cardioversión Eléctrica.
 - XV. Instalación de Balón de Contrapulsación Aórtica.
 - XVI. Pericardiocentesis.
 - XVII. Punción lumbar.
 - XVIII. Monitoreo de Presión Intracraneana.
 - XIX. Cuidados Paliativos.
 - XX. Limitación de Esfuerzos Terapéuticos.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____ Parentesco: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____ Parentesco: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____ Parentesco: _____

INFORMACIÓN GENERAL.

Las enfermedades graves suelen producir trastornos complejos capaces de ocasionar la muerte. Su corrección oportuna requiere de un proceso diagnóstico rápido y completo así como, de un tratamiento enérgico y eficaz. Por esto, es necesaria la utilización de equipo suficiente y personal bien adiestrado. También se hace necesaria la vigilancia continuada del enfermo y las adecuaciones al tratamiento que requieren los cambios observados en su evolución. Se precisa por tanto de materiales y medicamentos que deben estar disponibles en forma suficiente e inmediata. Todo esto se encuentra en la Unidad de Terapia Intensiva y por ello se ha demostrado una importante disminución en la mortalidad ocasionada por las enfermedades graves. Sin embargo, la estancia en Terapia Intensiva tiene algunos inconvenientes que deben ser conocidos y aceptados por el enfermo o su familiar responsable. A continuación se enlistan algunos de ellos:

1. **Separación del núcleo familiar.** La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos continuados exige el aislamiento del enfermo para que los Médicos y Enfermeras de la Unidad puedan estar actuando con el enfermo. Se sabe que el aislamiento visual y auditivo disminuye problemas adicionales como son infecciones graves, alteraciones mentales consecutivas a la observación de otros enfermos graves, etc. Por ello, sólo se permite el ingreso de familiares en primer grado, en horarios restringidos y por tiempos breves. Se han colocado relojes y calendarios para que el enfermo no pierda la ubicación en el día y la hora. Además, todos los cubículos tienen ventanas que permitan conocer el transcurso del día.
2. **Ejecución de Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.** Algunos de los procedimientos que se realizan en los enfermos pueden retardarse lo suficiente para permitir la obtención del consentimiento informado del paciente o su familiar. Pero existen otros cuya ejecución debe efectuarse en forma inmediata para prevenir la muerte o el desarrollo de daños orgánicos serios o irreversibles. De cualquier manera, el Médico de turno informará a la familia de la ejecución de dichos procedimientos, las razones por la que se efectuaron, los efectos benéficos que se presumen de ellos, así como de los posibles riesgos que pueden esperarse.

La permanencia de la familia en la sala de espera es libre y no hay límite numérico. Sin embargo, no se aconseja en forma constante, porque, además de que el enfermo no visualiza esta situación y por tanto no obtiene ningún beneficio, es inútil puesto que en el caso de ocurrir algún evento desagradable e inesperado, no se deja pasar a la familia hasta que el evento haya terminado de una o de otra forma. Por otro lado, el enfermo permanecerá en Terapia Intensiva por un tiempo determinado y, si las

cosas salen bien, se trasladará a otra área del Hospital en la que la acción de la familia si pueda ser de utilidad, por lo que no resulta lógico que desgasten su energía en la etapa en la que no son útiles y se encuentren aptos para la etapa posterior.

3. ***Problemas infecciosos.*** El estado grave, por sí mismo produce disminución en los mecanismos de defensa y por tanto, posibilitan la instalación de un problema infeccioso. Además, en la Unidad de Terapia Intensiva suelen estar internados enfermos en los cuales la infección fue la desencadenante del estado grave o bien es un factor complicante severo. Han sido desarrollados protocolos con medidas y rutinas para prevenir la transmisión de infecciones entre los enfermos o la contaminación del material que se usó en ellos. Esto ha disminuido la frecuencia de infecciones pero aún subsiste algunas.

BENEFICIOS ESPERADOS.

Se presume que la estancia del enfermo en la Unidad de Terapia Intensiva y la ejecución de las medidas diseñadas para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos graves determinarán que la evolución del enfermo sea favorable y se logre revertir el estado de gravedad.

RIESGOS DE NO HACER NADA.

Al enfermo grave que no es trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva, es absolutamente imposible brindarle en otras áreas del Hospital la ejecución, el cuidado y los procedimientos necesarios para revertir la gravedad y por tanto el pronóstico se empobrece.

Acepto que he sido informado ampliamente, de las ventajas y de los riesgos del traslado de mi enfermo _____ a la Unidad de Terapia Intensiva y acepto que ésta se efectúe para el mayor beneficio de mi familiar.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo _____, por medio de la presente, acepto y autorizo al personal de este hospital para que se traslade al paciente _____ a la Unidad de Terapia Intensiva.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a ____ de _____ de 20____.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma
Se identifica con: _____	Parentesco: _____
_____ Testigo 1	_____ Firma
Se identifica con: _____	Parentesco: _____
_____ Testigo 2	_____ Firma
Se identifica con: _____	Parentesco: _____
_____ Nombre del Médico Tratante	_____ Firma
_____ Nombre del Médico que realizará el Traslado	_____ Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de ser trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma
Se identifica con: _____	Parentesco: _____
_____ Testigo 1	_____ Firma
Se identifica con: _____	Parentesco: _____
_____ Testigo 2	_____ Firma
Se identifica con: _____	Parentesco: _____
_____ Nombre del Médico Tratante	_____ Firma

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIOS

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL.

La decisión de transportar a un paciente en estado crítico se basa en una evaluación de los beneficios contra los riesgos potenciales. El paciente puede requerir traslado a un servicio de diagnóstico, quirófano o unidad de atención especializada, dentro del mismo hospital, o incluso fuera de este. Si el estudio o procedimiento diagnóstico en cuestión es poco probable que altere el tratamiento o el resultado de ese paciente, entonces la necesidad de trasladar al paciente debe ser cuestionada.

Cuando sea factible y seguro, los estudios o procedimientos diagnósticos simples en pacientes inestables o potencialmente inestables, pueden realizarse en la cama del paciente en la Unidad de Terapia Intensiva.

Los pacientes en estado crítico tienen un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad durante el traslado, por ello, se realiza con personal calificado. Durante el traslado no hay interrupción en la monitorización de las constantes vitales del paciente.

Así mismo, durante la estancia de los pacientes en UTI, se realizan rutinas en las que es necesario movilizar a los pacientes en su cama, de su cama a un sillón, de su cama a otra cama, durante el aseo del paciente, entre otros; el cuidado de los pacientes no cambia, esto se realiza por un equipo conformado por enfermeras, camilleros e incluso técnicos de inhaloterapia; de esta forma se presta atención al cuidados de todos los dispositivos con los que el paciente cuenta, minimizando accidentes.

INDICACIONES PARA TRASLADO DE PACIENTES.

- Necesidad de realizar un procedimiento o estudio diagnóstico, que no pueda realizarse en la cama del paciente.

METODOLOGÍA DEL TRASLADO.

- Un equipo multidisciplinario, entre médicos especialistas, enfermeras(os), camilleros y técnicos de inhaloterapia se coordinan para realizar el traslado del paciente. Notifican el tiempo que llevará el traslado del paciente, soporte (medicamentos y aditamentos) y monitorización que requerirá el paciente.
- Cuando se realiza el traslado siempre hay un médico especialista responsable del traslado.
- Dentro del expediente se incluye la indicación del traslado y el estado en el que es trasladado el paciente.
- En caso de no existir un equipo de profesionales que se hagan cargo del paciente durante el estudio o procedimiento diagnóstico a realizar, el equipo que realizó el

traslado del paciente se hará cargo del mismo hasta su regreso a la Unidad de Terapia Intensiva, donde será recibido por el equipo multidisciplinario de la misma.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Se explicará al paciente (si está consciente y en pleno uso de sus facultades), a sus familiares y/o representantes legales los riesgos, beneficios, problemas y complicaciones que pueden presentarse antes, durante y después del traslado, como son:
 - Incapacidad para movilizar al paciente (por extrema gravedad del paciente, o por que cambie la condición del paciente durante el traslado).
 - Riesgo de Caídas.
 - Falla en los aparatos de monitorización y/o bombas de infusión.
 - En el caso de pacientes con intubación orotraqueal puede haber obstrucción del tubo o extubación durante la movilización del paciente.
 - Desarrollo de arritmias cardiacas por movilización del paciente.
 - Desarrollo de respuesta alérgica posterior a la administración de medicamentos antes, durante o después del traslado o realización de procedimientos o estudios diagnósticos.
 - Que durante la movilización del paciente se retiren los accesos vasculares, sondas (de alimentación, de orina, drenajes quirúrgicos) o catéteres de analgesia epidural (en la espalda del paciente), o algún otro dispositivo externo con que cuente el paciente.

EFFECTOS ESPERADOS SI NO SE REALIZA EL TRASLADO DEL PACIENTE

De no aceptar el traslado del paciente por parte del mismo o de sus representantes, puede derivar en el retraso del diagnóstico, que puede tener como consecuencia más días de estancia hospitalaria (riesgo de infecciones nosocomiales) y por lo tanto, incremento de la morbilidad y mortalidad del paciente.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo _____, por medio de la presente, acepto y autorizo al personal de este hospital para que sea realizado el Movimiento y Traslado del paciente _____ a _____.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a ____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

Nombre del Médico que realizará el _____
Firma

Traslado

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre y consiente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

Nombre del Médico que realizará el Traslado _____
Firma

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL POR VENODISECCIÓN.

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Los catéteres venosos centrales son sondas que se introducen en los grandes vasos venosos del tórax o en las cavidades cardíacas derechas, con fines diagnósticos o terapéuticos.

INDICACIONES

Con fines diagnósticos y de monitoreo se utilizan para mediar la presión venosa central en pacientes en los que el reemplazo de líquidos pueda llevar a edema pulmonar. Tal es el caso de ancianos o pacientes con patología cardiovascular que presentan una enfermedad grave o de pacientes que son llevados a intervenciones quirúrgicas complejas.

Con fines diagnósticos se usan, además, para determinar presiones y concentraciones de oxígeno en las cavidades cardíacas en el diagnóstico de cardiopatías, procedimiento éste conocido como cateterismo cardíaco.

Su empleo terapéutico más importante es en el reemplazo rápido de líquidos en pacientes hipovolémicos (hemorragias, quemaduras, etc.) y en la administración de nutrición parenteral.

La nutrición parenteral total usa mezclas de muy elevada osmolaridad que hacen perentoria su administración por vía de un catéter venoso central, generalmente subclavio.

METODOS DE COLOCACION

Los catéteres centrales pueden colocarse por dos métodos:

- Disección de vena
- Punción percutánea. Consiste en la canalización de una vena bajo visión directa luego de exponerla por disección.

Sítio de disección

Existen muchos sitios donde se puede disecar una vena. Los lugares más frecuentes de acceso son la vena yugular externa, la vena yugular interna; esta vena puede ligarse sin peligro, pero debido a las estructuras vecinas sólo debe ser abordada por un cirujano. Igual sucede con la disección del tronco tirolingofaringofacial, la vena cefálica en el antebrazo o en el surco delto-pectoral, la vena basilica, la vena safena en el cayado o a nivel del maléolo interno.

La elección depende de algunos factores: la vena yugular externa es fácilmente accesible por ser muy superficial, pero la cicatriz es poco estética por estar en un área muy visible; las venas cefálica, basílica y yugular externa (especialmente esta última) se prefieren cuando se pretende medir la presión venosa central; el cayado safeno se emplea cuando las venas mencionadas no son accesibles o cuando la región superior del cuerpo presenta quemaduras; la safena a la altura del tobillo puede disecarse fácilmente, pero su uso se limita a los casos en que no es posible utilizar otra vena, porque no permite la medición de presión venosa central y porque en general la cateterización de las venas de los miembros inferiores se acompaña de mayor incidencia de tromboflebitis y de fenómenos tromboembólicos.

En los casos urgentes debe disecarse la vena que se identifique más fácilmente, usualmente la yugular externa o la vena basílica.

Identificación de la vena.

El primer paso en una venodisección es escoger el sitio donde se va a hacer. Para el acceso a la vena yugular externa usualmente es suficiente la observación para identificarla en su trayecto descendente desde el ángulo de la mandíbula hasta perderse en la fosa supraclavicular, atravesando el esternocleidomastoideo en la mitad del cuello en sentido anteroposterior. Si no es fácil verla, puede colocarse un dedo en la fosa supraclavicular para obstruir el flujo y hacer que se distienda; lo mismo puede lograrse pidiendo al paciente que ejecute la maniobra de Valsalva. La vena cefálica puede observarse, en algunos pacientes, a la altura del surco deltopectoral. Con alguna experiencia puede encontrarse aún sin verse; la disección en este sitio tiene la ventaja de un fácil manejo, ya que el paciente posee libertad para mover libremente las extremidades y la cabeza.

La vena cefálica en el antebrazo puede observarse fácilmente en la mayoría de los pacientes. En los casos en los que no se vea puede colocarse un torniquete en la raíz del brazo para hacer que se distienda y facilitar su hallazgo.

La vena basílica puede encontrarse fácilmente en la cara medial del brazo a 2 cm por encima del pliegue del codo.

El cayado de la safena se encuentra en un plano profundo en el tejido celular subcutáneo y su disección debe ser intentada sólo por personas de experiencia por el peligro de ligar la vena femoral común y aun la arteria femoral. El punto de referencia para encontrar la vena es identificando las 6 o 7 ramas que llegan a ella a la altura del cayado, puesto que la vena femoral no tiene ramas que le lleguen a ese sitio. La vena safena a la altura del tobillo se encuentra fácilmente por delante del maléolo interno aunque no sea visible.

En caso particular se realizara en:_____.

TÉCNICA:

Una vez definido el sitio de la disección, se hace asepsia local con alcohol yodado y se anestesia localmente con lidocaína al 1%. Con bisturí se practica una incisión en la piel en sentido transversal a la dirección de la vena, siguiendo las líneas cutáneas.

La vena yugular externa y la cefálica en el antebrazo se encuentran inmediatamente por debajo de la piel, a tal punto que si la incisión se profundiza puede resultar seccionada. La vena cefálica en el surco deltopectoral se encuentra profunda en

el tejido celular subcutáneo. La basílica en el antebrazo se encuentra debajo del tejido celular subcutáneo y de la fascia superficial del brazo. La vena safena a la altura del cayado está por debajo del tejido celular subcutáneo y de la fascia superficial del muslo. La safena a la altura del maléolo interno se encuentra inmediatamente por debajo de la piel.

Una vez hecha la incisión, se disecciona con una pinza hemostática de Kelly o con una pinza "mosquito", abriéndola siempre en el sentido en que corre la vena, lo cual permite individualizarla sin lesionarla. Se repite esta maniobra hasta liberarla de los tejidos circundantes; se pasa entonces la pinza por debajo, levantándola.

En este momento se debe tener listo el catéter que se va a introducir, que puede ser de varios tipos: el que se usa como catéter pericraneal en los niños, extensiones para equipos de venoclisis, catéteres de polietileno o catéteres diseñados específicamente para ser introducidos por disección de vena. El criterio para escoger el catéter se fundamenta en buscar el de menor diámetro que permita un funcionamiento adecuado de la disección. El de polietileno es el más delgado y sólo se emplea en niños cuando la disección se vaya a usar exclusivamente para pasar cristaloides; si se quiere transfundir el paciente o hacer una exangineotransfusión, debe utilizarse un catéter de mayor diámetro, como un pericraneal. En los adultos es suficiente para todos los usos un catéter de extensión para equipos de venoclisis. Los catéteres especialmente diseñados para disecciones tienen como única desventaja su elevado costo.

Para evitar la posibilidad de una embolia gaseosa, el catéter debe ser "purgado" previamente, llenándolo con dextrosa o solución salina.

Teniendo la vena elevada con la pinza hemostática se coloca una ligadura en la parte distal de la vena que se anuda (en la yugular externa la que se anuda es la ligadura proximal) y otra en la parte proximal que no se liga.

Con una tijera fina o con el bisturí se hace un orificio en la vena. Se calcula externamente la longitud del catéter a introducir para quedar en posición central. Es posible cortar en bisel la punta del catéter para facilitar su introducción, pero evitando dejar una punta afilada que pueda perforar o lesionar la pared venosa.

Se introduce suavemente el catéter en la longitud requerida. A veces es necesario rotarlo para que avance, o mover la cabeza o el brazo del paciente para vencer cuidadosamente algún punto de resistencia. Se procede a conectar la venoclisis y si el goteo es adecuado se anuda la otra ligadura que fija el catéter a la vena.

El catéter no debe entrar por el sitio de la incisión sino por un orificio situado por lo menos 1 cm distal al sitio de la incisión, haciendo pasar el catéter por un túnel de tejido sano que hace las veces de filtro bacteriano. Esto con el fin de minimizar las posibilidades de infección.

Al cerrar la herida quirúrgica se aprovecha uno de los puntos para fijar el catéter a la piel. El sitio de la disección debe ser muy bien ocluido con gasa estéril para disminuir la probabilidad de infección. El catéter debe fijarse adicionalmente a la piel con esparadrapo para evitar la salida accidental.

RIESGOS:

El sitio de una disección de vena es una ruta excelente para el ingreso de bacterias; por esta razón se deben tener cuidados extremos para evitar la contaminación.

El equipo de venoclisis debe cambiarse cada tres días. Diariamente debe hacerse curación con yodo. Una disección no debe permanecer más de ocho días en el mismo sitio.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo _____, por medio de la presente acepto y autorizo al personal de este hospital para que sea realizada LA COLOCACIÓN DE CATETER CENTRAL POR VENODISECCIÓN.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, Así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM - 168 - SSA1 - 1998 del Expediente Clínico.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

Nombre del Testigo _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____, después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (tachése lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente

Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante

Firma

Nombre del Testigo

Firma

Se identifica con: _____

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL POR PUNCIÓN PERCUTÁNEA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL.

INFORMACIÓN GENERAL.

Los catéteres venosos centrales son sondas biocompatibles que se introducen en los grandes vasos venosos, centrales o periféricos, hacia las cavidades cardiacas derechas, con fines diagnósticos o terapéuticos.

INDICACIONES.

Administrar soluciones, medicamentos, nutrición parenteral, medios de contraste y realizar pruebas diagnósticas.

Administración de soluciones hiperosmolares y grandes volúmenes de soluciones para reanimación y medicamentos vasoactivos los cuales mantienen el ritmo cardiaco y la presión sanguínea.

Se utilizan para medir la presión venosa central en pacientes en el que el remplazo de líquidos puede llevar a edema pulmonar, tal es el caso de ancianos o pacientes con patología cardiovascular, que presentan una enfermedad grave o en pacientes que son llevados a intervenciones quirúrgicas complejas.

Además, para determinar presiones y concentraciones de oxígeno en las cavidades cardiacas en el diagnóstico de cardiopatías, procedimiento este conocido como cateterismo cardiaco.

Su empleo terapéutico más importante es el remplazo de líquidos en pacientes hipovolémicos (hemorragias, quemaduras, etc.) y en la administración de nutrición parenteral, la cual usa mezclas de muy elevada osmolaridad que hacen perentoria (determinante, decisiva o definitiva, y no se puede modificar) su administración por vía de un catéter venosos central, generalmente subclavio.

También está indicado en pacientes en quienes por su condición clínica, no es posible acceder al espacio intravascular a través de una vena periférica.

Las indicaciones precisas para colocación de catéter venoso central por vía periférica son: coagulopatías, venas centrales inaccesibles o inadecuadas, medicamentos irritantes, cirugías de cuello, entre otras. Las contraindicaciones son: infección del sitio de punción, trombosis de venas del brazo, axilar o subclavia.

MÉTODOS DE COLOCACIÓN.

Los catéteres centrales pueden colocarse por dos métodos:

1. Punción percutánea: consiste en la canalización de una vena.
2. Disección de vena

SITIOS DE COLOCACIÓN:

- **CENTRAL:**
 - Vena subclavia.
 - Vena Yugular.
 - Interna.
 - Externa.
- **PERIFÉRICO** (antebrazo derecho o izquierdo, al seleccionar la vena se prefiere la vena basilica, ya que la cefálica puede desembocar en la vena yugular externa):
 - Vena basilica.
 - Vena cefálica.

TÉCNICA.

CATÉTER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO.

Se coloca un rollo de tela longitudinal entre las escápulas para hacer más anteriores y accesibles las venas subclavias. Se dan 20 a 30 grados de posición de Trendelenburg, la cabeza se dirige hacia el lado contrario a la punción; Después de hacer asepsia, la punción se realiza en la parte media de la subclavia, un centímetro por debajo de ella, se infiltran con lidocaína al 1% en la piel, el tejido celular subcutáneo y el periostio de la clavícula, con un bisturí se hace una incisión de aproximadamente 3 mm. El dedo índice de la mano izquierda se coloca sobre la horquilla esternal y el pulgar de la misma mano sobre el borde inferior de la clavícula a nivel del sitio de la punción. Se introduce con la mano derecha la aguja montada en la jeringa de 5 ml, haciendo succión todo el tiempo, con el bisel de la aguja en dirección caudal, avanzando hacia el pulpejo del dedo índice colocado en la horquilla esternal. En el momento en que se aspire sangre venosa, se introduce la aguja unos pocos milímetros, se retira la jeringa, se introduce el catéter calculando que la punta quede en la vena cava superior o en la aurícula derecha y se conecta el equipo de venoclisis. Se fija el catéter a la piel en el sitio de la punción. Se colocan gasas aislando con esparadrapo o un adhesivo transparente.

CATÉTER VENOSO CENTRAL YUGULAR.

Se siguen las mismas indicaciones de asepsia y colocación del paciente ya mencionadas. La aguja se introduce en el sitio donde se unen las cabezas esternal y clavicular del esternocleidomastoideo, en un ángulo de 30° respecto al plano del cuello, se avanza en dirección caudal orientada hacia la tetilla del mismo lado haciendo succión continua. Se identifica por palpación la arteria carótida que se encuentra medial y posterior a la vena, con el fin de evitarla. Una vez se obtenga sangre se procede en forma similar a la descrita para la cateterización subclavia.

CATÉTER VENOSO CENTRAL PERIFÉRICO.

Se coloca una ligadura y se identifica la vena puncionar, asepsia y antisepsia del sitio de punción, se punciona la vena y se verifica retorno sanguíneo, se introduce la guía y se dilata la piel y vena con el dilatador, se retira guía y se introduce catéter, se verifica retorno y se fija a la piel.

RIESGOS:

Las complicaciones de acceso venoso por punción percutánea central son:

- Hematoma en sitio de punción.
- Neumotórax.
- Hemomediastino.
- Perforación traqueal.
- Fístula arteriovenosa.
- Embolia aérea.
- Trombosis venosa.
- Arritmias cardíacas.
- Perforación miocárdica o de una vena central.
- Taponamiento cardíaco.
- Infección.
- Hidrotórax.
- Hemotórax.
- Lesión del nervio frénico o plexo braquial.
- Enfisema subcutáneo.
- Punción arterial.
- Laceración del conducto torácico.
- Posición del catéter incorrecta.
- Tromboflebitis.

CONSIDERACIONES:

La posición correcta para la punta distal del catéter se indica en la vena cava superior certificándose mediante una radiografía de tórax.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo _____, por medio de la presente, acepto y autorizo al personal de este hospital para que se coloquen accesos venosos centrales por punción percutánea al paciente _____ en la Unidad de Terapia Intensiva.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a ____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma
Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma
Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma
Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DEL CATETER DE ARTERIA PULMONAR (SWAN-GANZ)

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Este dispositivo permite el monitoreo de la presión, medición del gasto cardiaco, medición de la Saturación de oxígeno de Sangre Venosa mixta, infusión de líquidos y vasopresores, e incluso puede servir para introducir un marcapasos. Mide 110 cm de largo y está impregnado de heparina para disminuir la incidencia de trombosis asociada a catéter y adherencia de microorganismos. Hay diferentes modelos de catéter, actualmente el más utilizados es de 5 lúmenes.

¿Qué es lo que mide este catéter?

Mide directamente la presión del ventrículo derecho, las presiones sistólica y diastólica de la Arteria Pulmonar, así como la Presión de Oclusión de la Arteria Pulmonar (poap). Además el gasto cardiaco puede obtenerse intermitentemente, y pueden medirse de forma continua la oxigenación venosa mixta y la temperatura corporal central.

Indicaciones para el uso del Catéter Swan-Ganz

- Diferenciar entre edema pulmonar cardiogénico y no cardiogénico.
- Diagnóstico diferencial de estado de choque.
- Manejo del Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda.
- Manejo del Infarto del Miocardio y choque cardiogénico.

Sitios de acceso.

- Vena yugular interna anterior o posterior.
- Yugular externa.
- Subclavia.
- Femoral.

Riesgos de la canalización de catéter Swan Ganz.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse:

- Neumotórax (asociado a punción de vena/arteria subclavia).
- Hematoma / Hemorragia por punción de la Arteria
- Arritmias cardíacas.
- Infección (posterior a la instalación del Catéter).
- Trombosis del vaso puncionado.
- Ruptura de la arteria pulmonar.
- Infarto pulmonar.
- Lesiones intracardiacas.

- Embolismo aéreo.
- Ruptura de balón distal.

Finalmente, la mortalidad atribuible directamente a complicaciones relacionadas con el catéter son en menos del 0.1% de los pacientes.

Es posible, después de la punción que queden molestias en la zona como dolor u hormigueo, generalmente transitorios.

CONSIDERACIONES:

La posición correcta para la punta distal del catéter se indica en la arteria pulmonar certificándose ya sea por radiografía de tórax, fluoroscopia o ultrasonido.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **INSTALACIÓN DE CATÉTER DE ARTERIA PULMONAR (SWAN-GANZ)**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE LÍNEA ARTERIAL

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Una *Línea Arterial* permite controlar la *Presión Arterial (PA)* de un paciente de forma directa, exacta y en tiempo real. Lograr esta medición es de suma importancia cuando el paciente está siendo tratado con medicamentos que requieren monitoreo de sus efectos, sobre todo en los pacientes críticamente enfermos, y en aquellos en los que su presión arterial está muy baja (hipotensos) o muy alta (hipertensos), así mismo, es útil para la toma de muestras sanguíneas, sin necesidad de volver a puncionar al paciente.

Estas líneas arteriales pueden colocarse prácticamente en cualquier arteria, sin embargo, se recomienda abordar las arterias radial, cubital o pedia. El procedimiento, se realiza con anestesia local y las medidas necesarias de higiene del personal de salud y del paciente; se valora la viabilidad de las arterias para decidir si es posible colocar este dispositivo sin que se comprometa la circulación arterial de la extremidad; se punciona la arteria dejando el dispositivo fijo a la piel de manera que sea confortable para el paciente.

Debido a que es un procedimiento traumático que implica la punción de la zona donde va a colocarse, es importante conocer los riesgos y complicaciones que conlleva este procedimiento:

RIESGOS Y COMPLICACIONES.

- Infección del torrente sanguíneo.
- Hemorragia.
- Alergia a la anestesia local.
- Realizar múltiples punciones en casos de difícil acceso.
- Oclusión y/o inflamación de la arteria.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **INSTALACIÓN DE LÍNEA ARTERIAL**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

La intubación Endotraqueal es la forma definitiva para asegurar una vía respiratoria en un paciente con insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardiorrespiratoria, o afectación neurológica.

DEFINICIONES.

Vía Aérea. Conducto a través del cual el gas pasa desde la atmósfera hasta los pulmones, incluye el paso por la orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, la tráquea, o una vía respiratoria artificial, tal como un Tubo Orotraqueal.

Tubo Endotraqueal. Una vía aérea artificial generalmente se inserta a través de la boca o la nariz hasta la tráquea. Mientras que existe una gran variedad de dispositivos disponibles para usos especiales, el típico Tubo Endotraqueal tiene las siguientes características:

- Está hecho de plástico transparente y flexible.
- Equipado con un conector de tamaño universal (15 mm) en el extremo proximal, que es compatible con todos los circuitos del ventilador y bolsas-válvulas-mascarillas (BVM).
- Tienen una banda opaca en toda su longitud para facilitar la ubicación del tubo en la Radiografía de tórax.
- Tienen la punta biselada para facilitar el paso a través de las cuerdas vocales.
- Tienen marcadores de medición para facilitar la colocación correcta del Tubo Orotraqueal.
- Los Tubos Orotraqueales pueden o no estar equipados con un manguito inflable en la punta distal que se infla para aislar la tráquea.

Laringoscopio. Herramienta diseñada para permitir al operador visualizar las estructuras anatómicas que sirven de referencia para realizar una intubación bajo visión directa.

INDICACIONES PARA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.

Insuficiencia Respiratoria con hipercarbia (incremento de CO₂ en sangre arterial) y/o hipoxia (deficiencia de oxigenación).

- **Hipercarbia.** Comúnmente debida a hipoventilación, obstrucción de Vía Aérea o incremento en la producción de CO₂.
- **Hipoxia.** Oxigenación sistémica inadecuada que no puede tratarse únicamente administrando oxígeno.

- **Obstrucción de Vía Aérea.** Por lo general debida a laxitud de la vía aérea (ronquidos), hinchazón de tejidos blandos (después de trauma, cirugía).
- **Incapacidad del paciente para manejar sus secreciones o proteger la vía aérea con tos.** Debido a un evento vascular cerebral, trauma de cabeza o intoxicación por alcohol o drogas.
- **Evento cardíaco o neurológico catastrófico.** Ataque cardíaco, incremento en la presión dentro del cráneo, estado de coma.

TÉCNICAS DE INTUBACIÓN.

Orotraqueal. Inserción de un tubo endotraqueal a través de la boca, hasta la tráquea.

Nasotraqueal. Inserción de un tubo endotraqueal a través de una de las narinas, hasta la tráquea.

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL PROPUESTO.

Consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de consciencia, de analgesia (disminuir o eliminar el dolor) y de relajación muscular. Para ello se administran medicamentos especiales a través de catéteres (tubitos de plástico) venosos

El Médico Intensivista es el encargado de realizar y controlar todo el proceso de la intubación de principio a fin, así como de tratar todas las posibles complicaciones que pudieran surgir. Mediante diferentes métodos clínicos y de monitoreo, se controlan y vigilan los signos vitales (presión arterial, electrocardiograma, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca). Además de la cantidad de oxígeno de la sangre, la función cerebral, el bióxido de carbono exhalado y otros, con los que se mantiene una vigilancia permanente durante todo el procedimiento, alcanzando la máxima seguridad.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO DE INTUBACIÓN.

El propósito de la intubación es el tener una vía permeable que facilite la respiración controlada y la adecuada oxigenación del paciente, aún cuando se encuentre grave y en situación crítica, procedimiento que es indispensable para su tratamiento.

RIESGOS.

La intubación endotraqueal, como sucede en todo procedimiento médico, conlleva una serie de riesgos que son aceptados de acuerdo con la experiencia y el estado actual de la ciencia médica, y que incluye entre otros:

- Intentos repetidos por dificultad en la introducción de la sonda endotraqueal, que pudiera estar condicionado por la edad del paciente, anatomía, condiciones actuales y enfermedades congénitas, que dificulten el adecuado acceso a la laringe y por consiguiente, una dificultad para poder introducir la sonda en la tráquea. Esta dificultad puede provocar desde un simple enrojecimiento hasta problemas inflamatorios locales.
- En algunas ocasiones, la introducción del tubo endotraqueal o cualquier otro dispositivo en la tráquea o la faringe, puede entrañar gran dificultad, dando lugar a rotura de piezas dentales y lesiones de las mucosas de la zona y/o estructuras como lengua, amígdalas, esófago y tráquea.
- Durante la colocación del tubo endotraqueal o cualquier otro dispositivo, puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago, ocasionando problemas respiratorios que pueden llegar a ser importantes. Es una complicación que puede ser grave pero poco frecuente.
- La intubación oro-traqueal requiere que el paciente sea asistido con un respirador artificial, por tal motivo, es conectado por medio de la sonda con un ventilador

automático, el cual realiza las funciones de la respiración, con la fuerza y frecuencia adecuadas a las necesidades del paciente.

- Después de la intubación orotraqueal, pueden aparecer diferentes síntomas como descenso de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca, tos, depresión o dificultad respiratoria, agitación, retraso en la recuperación de la consciencia, mareo, náusea, vómito, ronquera, temblores, que además de tomar medidas para que no sucedan, en general son consideradas como molestias, llegando en muy pocos casos a ser complicaciones.

RIESGOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE.

Todo procedimiento invasivo lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. Dependiendo del estado clínico del paciente y la existencia de otras patologías, como diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad, el riesgo puede ser mayor o aparecer complicaciones que pudieran ameritar el traslado del paciente a una unidad de terapia intensiva, provocar lesiones graves a pacientes e incluso, la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento llamado: **Intubación Endotraqueal**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

_____	_____
Nombre del Paciente	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 1	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 2	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Nombre del Médico Tratante	Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA / OROGÁSTRICA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es la sonda nasogástrica?

Cuando la alimentación enteral se realiza durante un período relativamente corto menor de 4 semanas, debe optarse por la colocación de la sonda nasointestinal, ya sea nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal.

Para evitar lesiones por decúbito, frecuentes con los tubos de grueso calibre y material poco flexible, debe usarse sondas de calibre reducido y confeccionadas con material poco irritables como el poliuretano o el silastic. La utilización del mandril facilita la introducción de la sonda hacia el estómago y, bajo control radioscópico, permite conducir su progresión hasta el duodeno o el yeyuno. El uso de sondas con oliva metálica es útil para promover su progresión espontánea hacia el duodeno-yeyuno. La administración previa de agentes procinéticos facilita la ubicación transpilórica de la sonda. En el caso particular se utilizara una sonda:

OBJETIVOS DE LA COLOCACIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA:

- Prevenir o aliviar la distensión abdominal.
- Auxiliar en los procedimientos diagnósticos.
- Lavar el estómago.
- Administrar líquidos nutritivos.
- Aspirar o descomprimir el estómago.
- Evitar la broncoaspiración en pacientes de riesgo.

PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN.

1. Cumpliendo con las técnicas asépticas durante todo el procedimiento, tomando todas las precauciones para evitar lesiones o infecciones. El tubo digestivo está revestido de una mucosa delicada que puede traumatizarse durante la inserción. Usando con suavidad y limpieza para contrarrestar esta posibilidad.
2. Se introduce la sonda a través de la nasofaringe, en el paciente en posición sentado. Es mejor la posición de fowler alta, a menos que haya contraindicaciones médicas.
3. Se hiperextiende la cabeza y nuca para permitir que la sonda caiga con facilidad hacia la nasofaringe. Se coloca una almohada detrás de la espalda y hombros para facilitar la hiperextensión. La sonda debe caer con facilidad hacia la nasofaringe.
4. Se determina la longitud aproximada de la sonda que debe insertarse al medir de la punta de la nariz al borde inferior del lóbulo de la oreja, de aquí se mide hacia abajo hasta la punta inferior del esternón. El objetivo es poner la sonda en el estómago, pero

- no en el esófago o intestino delgado.
5. Se toma la punta de la sonda lubricada con una mano, con la otra se eleva la punta de la nariz, para exponer mejor la fosa nasal. Durante la inserción use la mano en la nariz para fijar el tubo, mientras usa la otra para la inserción.
 6. Se realiza la introducción del tubo en un movimiento progresivo, firme y constante. Se pide al paciente que degluta a medida que el tubo se introduce con suavidad pero en constancia. Cuando la sonda llegue a la garganta se ofrece al paciente un vaso de agua para ayudar a la deglución, se introduce la sonda hasta la profundidad establecida.
 7. Una vez que se ha logrado el paso por la vía nasal, el único obstáculo es el reflejo nauseoso en la garganta. Esta deglución cierra la taquea, suprime el reflejo nauseoso y facilita el paso de la sonda a través del esófago.

RIESGOS:

Las actividades normales como moverse o hablar, no desplazan la sonda, debido a su presencia en la nariz, el paciente tiende a respirar por la boca, lo que causa sequedad de este y los labios.

BENEFICIOS:

La deglución es más fácil y disminuye el reflejo nauseoso cuando la sonda pase a través de la nasofaringe y no por la boca. La lubricación reduce la fricción entre la sonda y las fosas nasales y facilita la inserción.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento llamado: **Colocación de Sonda Nasogástrica / Sonda Orogástrica**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

_____	_____
Nombre del Paciente	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 1	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 2	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Nombre del Médico Tratante	Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TORACOCENTESIS

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es la Toracocentesis?

Es un procedimiento mediante el cual se evacúa líquido de algún hemitórax ya sea a través de una aguja o un pequeño catéter insertado para tal fin, y que puede ser un procedimiento tanto diagnóstico como terapéutico.

INDICACIONES PARA REALIZAR UNA TORACOCENTESIS.

Diagnóstica. Evaluación del líquido pleural para diagnosticar una enfermedad primaria.

Terapéutica. Para drenar el líquido y mejorar el estado respiratorio del paciente.

CONTRAINDICACIONES.

- Diátesis hemorrágica. Predisposición a sangrado (plaquetas bajas, coagulación anormal).
- Derrames pequeños con riesgo significativo de lesión pulmonar durante la realización del procedimiento).
- Enfermedad bulosa del lado del derrame.
- Asistencia Mecánica Ventilatoria con presión positivo (relativa).

La localización del derrame se identifica por estudios de imagen (Radiografía, tomografía o ultrasonido), para decidir el mejor abordaje entre las costillas.

PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN.

8. Previo al procedimiento, previo consentimiento informado, se realiza el aseo correspondiente en la zona donde se realizará el procedimiento.
9. Se posiciona al paciente (de preferencia sentado), se percute la zona para identificar la mejor zona para diferenciar en donde hay líquido y donde hay aire; en su defecto se solicita el apoyo del servicio de Imagenología para realizar la punción guiada por ultrasonido.
10. Ubicado el sitio donde se realizará la toracocentesis, se infiltra con anestesia local.
11. Se introduce la aguja en el espacio pleural hasta confirmar la salida de líquido a través de esta.
12. Se deja colocado un catéter (tubito de plástico) para poder evacuar el líquido.

RIESGOS:

- Lesión del paquete vasculonervioso de la costilla, que puede condicionar sangrado, en el caso de lesionar un vaso, o dolor intenso en caso de lesionar un nervio).
- En caso de que el líquido dentro del pulmón esté encapsulado por una pleura engrosada, probablemente no pueda ser drenado.
- Deterioro súbito neurológico y/o alteraciones de ritmo cardiaco que ameriten soporte avanzado (RCP, intubación orotraqueal, Asistencia Mecánica Ventilatoria y uso de fármacos vasopresoreso antiarrítmicos).
- Accesos de tos durante la evacuación de líquido.

BENEFICIOS:

- Mejora la mecánica respiratoria.
- Obtener una muestra de líquido pleural para normar conducta a seguir.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento llamado: **Toracocentesis**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

_____	_____
Nombre del Paciente	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 1	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 2	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Nombre del Médico Tratante	Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PARACENTESIS

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Es un procedimiento que se lleva a cabo en la Unidad de Terapia Intensiva con fines diagnósticos o terapéuticos para drenar líquido libre en cavidad peritoneal y/o mandar muestras para su análisis.

INDICACIONES PARA REALIZAR UNA PARACENTESIS.

Diagnósticas.

- Determinar la etiología de la ascitis.
- Diagnosticar infección en Ascitis crónica (peritonitis bacteriana espontánea).
- Diagnosticar tumores malignos abdominales.

Terapéutica.

- Para aliviar la dificultad respiratoria por ascitis.
- Para disminuir la presión intra-abdominal y mejorar el retorno venoso.

CONTRAINDICACIONES.

- Anormalidades en la coagulación.
- Proceso abdominal agudo que amerite manejo quirúrgico.
- Celulitis en la piel en donde se vaya a realizar la punción.
- Distensión intestinal o de vejiga.
- Cirugía abdominal previa con adherencias.
- Embarazo.
- El ultrasonido o la exploración física pueden utilizarse para diagnosticar la presencia y/o localización de la ascitis.
- Antes del procedimiento hay que obtener el consentimiento informado del paciente, debe de prepararse el sitio a puncionar con las medidas de aseo universal.
- Antes del procedimiento se debe vaciar estómago y vejiga.

TÉCNICA.

- Se coloca al paciente boca arriba o de lado.
- Se infiltra con anestesia la zona donde se va a realizar la paracentesis.
- Se inserta un catéter o angiocath en el abdomen aspirando con la jeringa.
- Una vez obtenido líquido de ascitis se puede dejar un sistema de drenaje para evacuar la cavidad de este líquido.

- Se deben obtener muestras para análisis del líquido de ascitis.

COMPLICACIONES.

- Perforación gástrica o intestinal.
- Peritonitis.
- Hipotensión secundaria a posterior a la paracentesis por redistribución de volumen.
- Sangrado intra-abdominal.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento llamado: **Paracentesis**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

_____	_____
Nombre del Paciente	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 1	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Testigo 2	Firma
Se identifica con: _____	
_____	_____
Nombre del Médico Tratante	Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL (TUBO DE TORACOSTOMÍA)

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

La colocación de una sonda pleural se refiere a la inserción de un tubo en el espacio pleural típicamente para drenar aire o líquido, aunque el procedimiento se puede realizar para pleurodesis o lisis de adherencias en el espacio pleural.

TÉRMINOS IMPORTANTES.

- **Neumotórax.** Acumulación de aire en el espacio pleural.
- **Derrame Pleural.** Acumulación de líquido en el espacio pleural.
- **Pleurodesis.** Tratamiento médico para derrames pleurales refractarios (a menudo malignos), o neumotórax en los que se administra una sustancia química en el espacio pleural para adherir las superficies pleurales (Pleural y Parietal) entre sí.

INDICACIONES.

- Aspiración de aire de un neumotórax o con fístula broncopleural.
- Drenaje de líquidos serosos, infectados o malignos del tórax.
- Drenaje postquirúrgico del tórax posterior a cirugía de tórax o cardiaca.
- Trauma.

CONTRAINDICACIONES.

- Coagulopatía.
- Adherencias pleurales.

PROCEDIMIENTO.

- Obtener consentimiento informado del paciente, preparar el sitio de inserción con el protocolo de higiene universal.
- Se coloca paciente boca arriba con la mano colocada en la parte posterior del cuello, para el sitio de inserción habitual se traza una línea de referencia en la línea axilar media.
- Se infiltra anestesia local en el área donde se va a colocar la sonda.
- Se realiza una incisión de 2 cm en promedio.
- El calibre del tubo se escoge dependiendo de la enfermedad:
 - **Neumotórax:** Tubo de diámetro pequeño (8-18 French).
 - **Drenaje de líquidos:** Tubo de diámetro grande (>18 French).
- El tubo se coloca con ayuda de una pinza para colocarlo dentro de la cavidad torácica.
- La dirección del tubo también está determinado por la patología, se dirige hacia arriba en los casos de Neumotórax, o hacia atrás y hacia abajo en casos de derrames.

- El material drenado (aire o líquido) debe cuantificarse.
- Al finalizar el procedimiento se corrobora ubicación del tubo con una Radiografía de tórax.

COMPLICACIONES.

- Laceración pulmonar.
- Mala colocación con respecto a la patología que resulte en la falta de drenaje de material esperado.
- El tubo puede doblarse, ocluirse o desplazarse.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL (TUBO DE TORACOSTOMÍA)**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

La Broncoscopia se realiza tanto como medida diagnóstica como terapéutica en la Unidad de Terapia Intensiva, introduciendo un endoscopio en la vía aérea. El Broncoscopio tiene una fuente de luz de fibra óptica y canales de succión, así como cables que permiten la flexión de la punta.

TÉRMINOS IMPORTANTES.

- **Broncoscopia Diagnóstica.** Puede llevarse a cabo para evaluar el carácter de la vía aérea (presencia de edema, fuente de sangrado), y para obtener muestras patológicas seleccionadas (cultivos o muestras de tejido).
- **Broncoscopia Terapéutica.** Se lleva a cabo para remover secreciones, coágulos, cuerpos extraños de la vía aérea.

PROCEDIMIENTO.

- Obtener consentimiento informado del paciente, preparar el sitio de inserción con el protocolo de higiene universal.
- Determinar el tipo de abordaje para la Broncoscopia:
 - **PACIENTE DESPIERTO CON SEDOANALGESIA.** Para pacientes en los que no hay necesidad de un tubo endotraqueal, requiere de anestesia tópica de la vía aérea proximal.
 - **ENDOTRAQUEAL.** Más común en los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva, ya que tienen una vía aérea artificial (tubo endotraqueal o traqueostomía).
- El procedimiento se realiza avanzado y retrayendo el broncoscopio identificando las estructuras de la vía aérea, cuerpos extraños, coágulos, secreciones mismos que deben removerse para evitar atelectasias, se toman las muestras deseadas o se realiza el Lavado Broncoalveolar y se finaliza procedimiento.
- Las muestras obtenidas son enviadas a patología o bacteriología para su análisis.

COMPLICACIONES.

- Lesión de la vía aérea.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento llamado: **FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICO / TERAPÉUTICA**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 13

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Se utiliza en los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva por varias razones, que incluyen: transición electiva de un Tubo Orotraqueal o nasotraqueal a una traqueotomía crónica, o en situaciones de emergencia de la vía aérea.

TÉRMINOS IMPORTANTES.

- **Intubación Prolongada.** Intubación oral o nasal que excede varios días – algunos autores sugieren que debe realizarse después de 3 días de intubación, aunque la mayoría consideran realizarla a los 15 días.
- **Traqueotomía Temprana.** Cuando se prevee que una intubación puede durar más de 15 días, se puede realizar la traqueotomía a partir del día 7 de intubación.

INDICACIONES.

- Intubación prolongada.
- Obstrucción de vía aérea (supraglótica).
- Limpieza pulmonar.
- Apnea obstructiva del sueño.
- Manejo urgente de vía aérea.

CONTRAINDICACIONES.

- Infección o insición quirúrgica cercana al sitio de inserción propuesto.
- Coagulopatía.
- Alteraciones en la anatomía del cuello.
 - Cirugía previa.
 - Tiromegalia.
 - Trauma de cuello.

PROCEDIMIENTO.

- Obtener consentimiento informado del paciente, preparar el sitio de inserción con el protocolo de higiene universal.
- Previa sedación y analgesia, se extiende el cuello, si es procedimiento electivo, se puede introducir el Fibrobroncoscopio a través del Tubo Orotraqueal.
- Se deben identificar el 1º y 2º anillos de la tráquea.
- Se infiltra anestesia local en el espacio entre estos 2 cartílagos; se realiza una incisión de 1.5 a 2 cm en la piel, se disecciona hasta identificar los cartílagos.

- Con el Fibrobronoscopio, a través del tubo endotraqueal, se realiza una punción entre estos 2 cartílagos con una aguja de 12-14 Fr, que debe observarse por el Fibrobronoscopio, a través de la cual se introduce la guía metálica del equipo de traqueotomía, se retira la aguja, y se introducen una serie de dilatadores, finalmente se coloca la cánula de traqueostomía, utilizando las guías previamente introducidas; una vez colocada la cánula, se retiran las guías metálicas y se procede a la fijación del dispositivo a la piel del cuello, finalizando el procedimiento.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia del sitio quirúrgico; si es una hemorragia menor, esta puede controlarse con presión directa; si es una hemorragia mayor requerirá de exploración quirúrgica.
- Puede ocurrir enfisema subcutáneo y neumotórax por lesión de la tráquea al momento de incidir los dilatadores.
- La complicación más común es la creación de falsas vías.
- Fístulas traqueoarteriales y traqueoesofágicas.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 14

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

La cardioversión eléctrica o “choque” eléctrico es una técnica para intentar normalizar el ritmo del corazón en algunas alteraciones concretas.

PROCEDIMIENTO.

- Para realizar este tratamiento es preciso ingresar en el hospital aproximadamente 24 horas. La prueba se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y volverá a la habitación en pocas horas.
- Se le dormirá durante escasos minutos para que no resulte molesta la descarga eléctrica que se debe administrar.
- Se le colocará un suero y se le dormirá escasos minutos.
- Generalmente se precisa la administración previa y posterior de un tratamiento oral para que la sangre coagule más lentamente.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA CARDIOVERSION ELECTRICA:

- El riesgo de que se produzca una embolia es muy bajo pero es el único reseñable.
- No es posible asegurar que el procedimiento sea eficaz, pero la mejoría de la función cardíaca y su bajo riesgo lo hace aconsejable en determinadas situaciones.
- Como consecuencia de la descarga eléctrica se producen ligeras irritaciones de la piel.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento llamado: **CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

El Balón de Contrapulsación Aórtica es el método de apoyo mecánico circulatorio que se usa con mayor frecuencia en el tratamiento de la disfunción cardiaca severa y potencialmente reversible, para procurar una asistencia circulatoria mecánica con balón intraaórtico. En la contrapulsación intraaórtica se utiliza un catéter con balón estándar, conducto semiflexible de doble luz y una central hueca que puede ser utilizada para el paso de una guía, medio de contraste o monitoreo de presión. Aproximadamente tiene 90 cm de longitud, una superficie antitrombogénica (no permite que se formen trombos) y su capacidad oscila entre 8 y 40 mL. La consola externa de control permite la sincronización entre el balón y la acción cardiaca con ayuda del electrocardiograma.

Efectos hemodinámicos producidos por la contrapulsación:

- Reduce el trabajo cardiaco disminuyendo la poscarga.
- Incrementa en volumen minuto cardiaco, disminuyendo la resistencia a la eyección ventricular.
- Mejora la perfusión arterial coronaria mediante elevación de la presión diastólica.
- Aumenta la oxigenación del miocardio mediante la reducción de la demanda de oxígeno e incremento de su oferta.
- Mantiene la perfusión sistémica.

INDICACIONES.

- Choque cardiogénico asociado a infarto del miocardio u otras complicaciones intratables de la isquemia miocárdica, con o sin infarto.

MÉTODOS DE COLOCACIÓN.

- El Balón de Contrapulsación Aórtica consiste en un catéter con un balón que se inserta a través de la arteria femoral y se introduce en forma retrógrada, de tal manera que el balón al final del catéter quede situado en la aorta descendente, en posición distal de la arteria subclavia, bajo control fluoroscópico. La técnica se realiza bajo anestesia local en el quirófano, aunque, bajo condiciones graves del paciente, puede colocarse en la UTI.

SITIOS DE COLOCACIÓN:

- Arteria femoral (derecha o izquierda).

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

La contrapulsación intraaórtica no está exenta de complicaciones, las cuales oscilan alrededor del 10%; las más frecuentes son de tipo vascular y la mayor parte ocurren en el momento de la colocación del balón. Estas complicaciones pueden ser: Vasculares o Infecciosas.

VASCULARES.

- Isquemia distal al lugar de la inserción por obstrucción mecánica del catéter, trauma vascular con hematoma y vasoconstricción.
- Trauma vascular, disección y ruptura; muy frecuentes en enfermos con aterosclerosis.
- Eventos tromboembólicos y hemorrágicos.

INFECCIOSAS.

- Pueden ser locales en el sitio de inserción, o sistémicas, con mucha frecuencia consecutivas a sepsis local.
- Diseminación sistémica incrementa la mortalidad.

OTRAS COMPLICACIONES.

- Ruptura del balón, lo cual puede producir embolia gaseosa.
- Problemas linfáticos y neuropatías por isquemia o lesiones locales.
- Complicaciones hematológicas por destrucción plaquetaria y eritrocítica, en relación con el tiempo de utilización del balón de contrapulsación.
- Nefropatías debidas al uso prolongado del balón de contrapulsación, principalmente embolia renal.

El balón de contrapulsación intraaórtica debe utilizarse durante 12 – 24 hrs y si hay mejoría puede continuarse por otras 12 – 24 hrs; de no ser así debe retirarse lentamente durante 12 – 24 hrs. El tiempo varía de un paciente a otro ya que algunos responden durante las primeras 48 hrs y otros pueden tardar hasta 1 semana; por lo tanto, el tiempo de utilización dependerá del criterio médico.

CONSIDERACIONES.

La posición correcta del dispositivo se corrobora por una radiografía de tórax o por fluoroscopia.

EFFECTOS ESPERADOS SI NO SE REALIZA LA COLOCACIÓN DE ESTE DISPOSITIVO

Si el dispositivo no se coloca no se alcanzarán los efectos hemodinámicos que este proporciona, por lo que el corazón realizará mayor esfuerzo; el volumen de sangre que expulsa el corazón continuará disminuido; las arterias coronarias no se llenaran adecuadamente perpetuando la isquemia cardiaca y favoreciendo la extensión de la lesión; la sangre no llegará adecuadamente a todo el sistema provocando sufrimiento celular en todo el organismo.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **COLOCACIÓN DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 16

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PERICARDIOCENTESIS

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Se realiza para remover líquido del pericardio con propósitos diagnósticos como terapia para el taponamiento pericárdico.

DEFINICIONES.

- **TAPONAMIENTO PERICÁRDICO.** Escenario clínico en el que se acumula líquido en el saco pericárdico hasta el punto en que las presiones en el pericardio impiden el retorno venoso hacia el corazón. Puede acumularse de forma aguda (lesión en el corazón), o crónica (se acumula líquido al paso del tiempo).
- **DERRAME PERICÁRDICO.** Acumulación de líquido en el saco pericárdico.

INDICACIONES.

- Taponamiento pericárdico.
- Derrame pericárdico.
- Drenaje de líquido pericárdico cuando se sospecha de tipo purulento.
- Diagnóstico etiológico del derrame.

CONTRAINDICACIONES.

- Coagulopatía (defectos en la coagulación de la sangre).
- Derrame pequeño o loculado (se prefiere procedimiento quirúrgico).

PROCEDIMIENTO.

- Obtener consentimiento informado del paciente, preparar el sitio de inserción con el protocolo de higiene universal.
- La realización de este procedimiento debe ser guiado por ecocardiografía o fluoroscopia, así como monitorización constante de los signos vitales y Electrocardiografía dinámica.

COMPLICACIONES.

- Taponamiento cardiaco.
- Laceración de vena o arteria coronaria.
- Neumotórax.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **INSTALACIÓN DE CATÉTER DE ARTERIA PULMONAR (SWAN-GANZ)**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Se realiza para obtener líquido cefalorraquídeo (LCR) y, por tanto, diagnosticar diversas enfermedades del Sistema Nervioso Central infecciosas e inflamatorias (p.e. Meningitis, Encefalitis, Síndrome de Guillén Barré), para evaluar la presión del líquido cefalorraquídeo (Pseudotumor cerebri), o para administrar medicamentos (antibióticos, agentes quimioterapéuticos).

PROCEDIMIENTO.

- Obtener consentimiento informado del paciente, preparar el sitio de inserción con el protocolo de higiene universal.
- Colocar al paciente acostado de lado con las rodillas encogidas hacia el abdomen y la barbilla pegada al tórax. Ocasionalmente este procedimiento se realiza con la persona sentada y doblada hacia adelante.
- Se limpia la piel y se inyecta anestésico local en la parte inferior de la columna. Se inserta la aguja espinal generalmente entre la tercera y cuarta vértebra lumbar.
- Una vez que se ha insertado la aguja en el espacio subaracnoideo, se pueden medir las presiones y recolectar el líquido para evaluarlo. Después de recolectar la muestra, se retira la aguja, se limpia el área y se aplica un vendaje.
- El paciente debe permanecer acostado o casi acostado por al menos seis u ocho horas después del examen. La punción lumbar con recolección de líquido puede ser también una parte de otros procedimientos, particularmente de un mielograma (placa de rayos X o TC después de que se ha introducido la tinta en el LCR).

MÉTODOS ALTERNATIVOS.

- Son pocas veces utilizados pero pueden ser recomendables si el paciente presenta un problema como deformidad lumbar o infección, lo cual puede imposibilitar la punción lumbar o hacerla no confiable.
- La **Punción Cisternal** implica la inserción de una aguja debajo del hueso occipital (parte posterior del cráneo). Esto puede ser peligroso porque la aguja se inserta cerca del tronco encefálico.
- La **Punción Ventricular** es aún menos común, pero puede ser indicada cuando es necesario obtener la muestra de LCR en personas con posible hernia cerebral inminente. Se realiza generalmente en el quirófano. Se perfora un orificio en el cráneo y se inserta una aguja directamente en el ventrículo lateral del cerebro.

RIESGOS.

- Hipersensibilidad (reacción alérgica) al anestésico
- Malestar durante el examen
- Dolor de cabeza después del examen.
- Sangrado en el conducto espinal.
- hernia cerebral (si se realiza en una persona con presión intracraneal aumentada y que resulta en daño cerebral y/o muerte.
- Daño a la médula espinal (particularmente si la persona se mueve durante el examen)
- .
- La punción cisternal o ventricular conlleva un mayor riesgo de daño al tronco encefálico o al tejido cerebral y riesgo de sangrado en el cerebro que puede resultar en incapacitación o muerte.

CONTRAINDICACIONES.

- Este examen no debe ser realizado en personas bajo sospecha de presión intracraneal aumentada.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **PUNCIÓN LUMBAR**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 18

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

INFORMACIÓN GENERAL

El cráneo es un recipiente rígido para el cerebro con un volumen aproximado de 1,500 cc. El contenido craneal consiste de parénquima cerebral (80%), sangre (10%), y líquido cefalorraquídeo (10%). Cuando se lesiona, el cerebro se hincha, y debido a la falta de distensibilidad del cráneo, la presión intracraneal (PIC) se eleva rápidamente. El tratamiento del incremento de la Presión Intracraneana incluye medicamentos que disminuyen el tamaño de las neuronas (manitol, diuréticos), fármacos para poner el cerebro a dormir (barbitúricos), la hipotermia, la resección del cerebro, y craniectomía. La colocación de un catéter en uno de los ventrículos permite tanto la monitorización de la Presión Intracraneana, como el drenaje de Líquido Cefalorraquídeo para reducir la presión intracraneal. Hay varios enfoques alternativos para la monitorización de la PIC, incluyendo intraparenquimatoso, subaracnoidea, epidural y monitores. Estos últimos tienden a ser menos fiables que los monitores intraventriculares e impiden el drenaje de LCR.

PROCEDIMIENTO.

- Obtener consentimiento informado del paciente, preparar el sitio de inserción con el protocolo de higiene universal.
- El pelo que rodea la zona donde se va a colocar el catéter debe ser cortado.
- Se infiltra anestesia en el sitio de punción.
- Se hace un orificio en el cráneo (trepanación), se abre la duramadre, se pasa el catéter a través de esta.
- La colocación intraventricular correcta se corrobora cuando se drena libremente líquido cefalorraquídeo a través del catéter.
- El catéter intraventricular se une a un transductor para monitorizar la forma de la onda y la Presión Intracraneana.

TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA INCREMENTADA.

- Hiperventilación.
- Diuresis.
- Elevación de la cabeza.
- Sedación.
- Barbitúricos.
- Sol. Salina hipertónica.
- Control de la Presión Arterial (para mantener presión de perfusión cerebral >60 mmHg y < 120 mmHg).

- Mantener normotermia.
- Esteroides.
- Ajustes ventilatorios (reducir la presión intratorácica).
- Drenaje de líquido cefalorraquídeo)1-2 ml/min.
- Craniectomía descompresiva.

BENEFICIOS DEL MONITOREO CONTINUO DE LA PIC

- Informa de los periodos de hipertensión endocraneana subclínicos que comúnmente preceden los cuadros de deterioro neurológico, sobre todo en pacientes con traumas craneoencefálicos graves.
- En el salón de operaciones nos guía en la colocación del paciente y el manejo anestésico, sin dejar de mencionar su utilidad en el proceso de recuperación de la anestesia.
- Facilita el cuidado postoperatorio de los pacientes neuroquirúrgicos y asociado a otros métodos de neuromonitoreo ayuda en la identificación de complicaciones de manejo clínico como el vasoespasmo.
- Permite evaluar el resultado de los diferentes métodos terapéuticos, así como dosis de medicamentos y frecuencia de administración, además de la hiperventilación y otros.
- Posibilita la estimación del estado del encéfalo aun cuando diferentes métodos terapéuticos bloquean las respuestas del paciente como: Barbitúricos y Relajantes musculares.
- Ayuda en la toma de decisiones quirúrgicas en entidades cuyo curso clínico es muy variable. Ejemplo: Hidrocefalia a baja tensión y Pseudotumor Cerebral.
- Nornes, ha descrito ondas de presión sugestivas de resangramiento aneurismático, por lo tanto indica la cirugía de urgencia en estos pacientes.
- El monitoreo de la PIC unido al de la PAM, la diferencia arteriovenosa de O₂, saturación de O₂ en el bulbo de la Vena Yugular y el ritmo de consumo metabólico de O₂ constituyen las bases actuales del neuromonitoreo en cuidados intensivos.
- Permite la evacuación de LCR, medida de elemental importancia en el manejo de la PIC.
- Facilita el diagnóstico de Muerte Encefálica.

DESVENTAJAS DEL MONITOREO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA.

- Probabilidad de infección en cualquiera de los sitios donde se ha manipulado para la colocación del catéter.
- Daño del tejido nervioso como consecuencia de la maniobra de inserción del catéter, cuando se mide en el interior del ventrículo ó herniación del cortex en el interior del tornillo, con la consecuente probabilidad de secuelas neurológicas como: la epilepsia.
- Hemorragias en cualquier punto del trayecto del catéter o de las regiones manipuladas.

FALLOS TÉCNICOS

- Pérdida de la transmisión de la columna líquida en aquellos sensores que la necesitan ó pérdida de la línea basal en aquellos dispositivos electrónicos, descalibración.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

OTRAS ALTERNATIVAS:

CONSENTIMIENTO

Yo como paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante legal del Paciente, acepto voluntariamente y autorizo al Dr. _____ para que practique en la persona del denominado paciente, el procedimiento quirúrgico llamado: **PUNCIÓN LUMBAR**. Por lo que entiendo, acepto y autorizo el procedimiento.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que he sido informado(a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento anteriormente autorizado. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

En este acto autorizo al personal de salud del Hospital Ángeles Mocol para que realice las atenciones en caso de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento que se me va a realizar.

Estoy enterado(a) y acepto que requeriré vigilancia y control después del procedimiento, hasta mi total recuperación. Declaro que acudo voluntariamente a hospitalizarme y autorizo el presente documento.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente clínico.

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la colocación de accesos venosos centrales, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

El suscrito(a) _____, declaro que he sido informado, amplia y detalladamente hasta mi total comprensión, de la situación médica de mi _____ (Parentesco), el(la) Sr(a). _____ con Número de Expediente: _____; Número de Hospitalización: _____ Habitación: _____.

En quien sabemos de la existencia de procesos severos, crónicos e irreversibles tales como: _____

_____.

Todo lo cual determina que el pronóstico sea malo a corto plazo. Por lo que después de analizarlo con todos los miembros de la familia, y sabiendo sus deseos, hemos tomado la decisión de solicitar que NO SE REALICEN procedimientos invasivos, ni medidas de reanimación, continuar con su tratamiento médico y en un momento dado se oriente hacia la medicina paliativa, LA CUAL BUSCARÁ MEJORAR EL CONFORT DE NUESTRO FAMILIAR EN LA INTELIGENCIA DE QUE PUEDE OCURRIR SU DECESO EN CUALQUIER MOMENTO, y por tanto liberamos al Hospital Ángeles Mocol y a los médicos tratantes y de Medicina Crítica de cualquier tipo de responsabilidad jurídica por el resultado final.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos de los cuidados paliativos, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

ANEXO 20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA LIMITACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

Fecha: _____ No. Exp: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Identificado con: _____
Nombre del Familiar Responsable: _____
Identificado con: _____
Representante Legal: _____
Identificado con: _____

El suscrito (a) _____ declaro que he sido informado(a), amplia y detalladamente hasta mi total comprensión, de la situación médica de mi _____ (Parentesco), el(la) Sr(a). _____ con Número de Expediente: _____, Número de Hospitalización: _____ Habitación: _____.

Quien padece: _____

_____.

Todo lo cual determina que el pronóstico sea muy malo. Por lo que después de analizarlo con todos los miembros de la familia, y sabiendo sus deseos, hemos tomado la decisión de solicitar no se realicen procedimientos desproporcionados tales como: intubación orotraqueal, ventilación mecánica, procedimientos de sustitución renal, maniobras de reanimación cardiopulmonar. Por lo tanto aceptamos que solo se utilicen medidas terapéuticas habituales y minimizar tanto como sea posible las molestias que pueda tener y liberamos al Equipo de Salud de cualquier responsabilidad derivada de esta decisión.

México, D.F., a _____ de _____ de 20____.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma
Se identifica con: _____	
_____ Testigo 1	_____ Firma
Se identifica con: _____	
_____ Testigo 2	_____ Firma
Se identifica con: _____	
_____ Nombre del Médico Tratante	_____ Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo _____ después de ser informado(a) de la naturaleza y riesgos de la limitación de esfuerzos terapéuticos, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre del Paciente _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 1 _____
Firma

Se identifica con: _____

Testigo 2 _____
Firma

Se identifica con: _____

Nombre del Médico Tratante _____
Firma

Conclusiones

Los formatos actuales de Consentimiento Informado del Grupo Ángeles no detallan ni explican, de manera adecuada y con lenguaje claro y entendible, cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en las Unidades de Terapia Intensiva y/o Cuidados Intermedios. La información plasmada en estos documentos, a menudo es confusa para la mayoría de los pacientes y/o familiares; no se detallan los beneficios esperados, los riesgos no hacer los procedimientos, los riesgos personalizados, así como contar con un apartado en donde se explique al paciente si existen otras alternativas al tratamiento, o un apartado de Denegación o Revocación de algún procedimiento ya autorizado, que finalmente se desautorizado por parte del paciente.

Consideramos que el material expuesto en este trabajo tiene un valor significativo tanto para los pacientes, como para los Médicos, ya que ofrecen, de forma clara y precisa, la descripción de cada procedimiento que se lleva a cabo en las Unidades de Terapia Intensiva y/o de Cuidados Intermedios. Cabe mencionar que es fundamental que los Médicos se tomen el tiempo necesario para informar detalladamente sobre cada procedimiento, así como responder a todas las dudas que surjan entre los pacientes y sus familiares con un lenguaje claro y preciso, sin necesidad de usar tecnicismos que seguramente no entenderán.

El éxito de una buena relación con los pacientes y familiares se basa en la capacidad del Médico para lograr empatía y una excelente comunicación, en tratar al paciente como lo que es: Un ser individual, con capacidad para tomar decisiones en su cuerpo, en su salud, en su persona. Y solo cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, serán los familiares de primera línea quienes tengan que tomar dichas decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza-Romo MA. "Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica". Gac Méd Méx 2003;139(2):184-187.
2. Fernández Lara D. Consentimiento Informado en Medicina. Acta Médica Grupo Ángeles 2005;3(1):59-61.
3. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, 2ª Edición 2010 Secretaria de Salud / Comisión Nacional de Bioética.
4. http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=87:consentimiento-informado&catid=35:conferencias&Itemid=37
5. GRACIA, Diego. Ética y Vida N° 2. Bioética Clínica. Editorial El Búho, Santafé de Bogotá, 1998:63.
6. PEREZ MELERO, Andrés en Pastor García, Luis Miguel y otros. Manual de Ética y Legislación en Enfermería, Madrid, Mosby/Doyma libros S.A., 1997:104.
7. Inés Prieto de Romano, IV Congreso Nacional de Profesionales en Enfermería Clínica – Consentimiento Informado en Enfermería 2008. http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=87:consentimiento-informado&catid=35:conferencias&Itemid=37
8. Islas-Sucillo M y Muñoz CH. "El Consentimiento Informado. Aspectos Bioéticos". Rev Med Hosp Gen Mex 2000;63(4):267-273.
9. Pimentel Pérez A. Los Testigos de Jehová y el Consentimiento Informado. Rev Med IMSS 2002;40(6):495-504.
10. J. F. Solona, L. Cabré, et al. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la SEMYCYUC sobre el Consentimiento Informado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva 2002;26(5):253-254.

11. Constantine A. Manthous, MD, et al. Informed Consent for Medical Procedures. CHEST 2003;124:1978-1984.
12. Alexander Clark P, MPA, MA, FACHE. Intensive Care Patients' Evaluations of the Informed Consent Process. Dimens Crit Care Nurs 2007;26(5):207-226.
13. John M Luce, MD-. A History of the Ethics and Law in Intensive Care Unit. Crit Care Clin 2009;25;221-237.
14. Yulia Ivashkov, MD., Informed Consent and the Ethical Management of the Older Patient. Anesthesiology Clin 2009;27:569-580.
15. Vargas Domínguez, Consentimiento Informado. Cirujano General 2011;33(2):S135-S136.
16. Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Rev Cub Med Int Emerg 2003;(2):84-92.