

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO POR PERSONAL PROFESIONAL DE SALUD SERVICIOS DE
MEDICINA, CIRUGÍA, TRAUMATOLOGIA, EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“FELIX MAYORCA SOTO – HUANCAYO 2015”**

TESISTAS:

Lic. Enf. Fiorella del Pilar Pérez Machuca.

Lic. Enf. Teresa Maritza Ramón Meza.

ASESORA :

Dra. Maruja Manzano Tarazona.

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

HUÁNUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A nuestros padres, a mi esposo y a nuestros hijos quienes forman parte de lo más importante que tenemos nuestras familias.

FPM /.

Con mucho cariño a mis hijos, que son la luz de mi camino; a mis hermanas, quienes me inspiraron a tener más calidez y compromiso con la institución. A mi esposo y amistades que me asesoraron y guiaron en este proceso.

TMRM

AGRADECIMIENTO

A nuestro señor Jesucristo, por darnos la vida, fortaleza, el amor de nuestras familias y el apoyo de muchas personas buena durante todo este tiempo.

Al personal de salud del Hospital Félix Mayorca Soto por permitirnos desarrollar la presente investigación.

Las autoras.

RESUMEN

El grupo de estudio estuvo constituido por una muestra de 40 personas (8 médicos; 27 enfermeros y 5 técnicos en enfermería) con el **objetivo** de relacionar el nivel de conocimiento y la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Felix Mayorca Soto” Huancayo. Teniendo como **metodología un estudio** de tipo descriptivo transversal. Como **resultados**: la población muestral no fue homogénea con respecto al género el 75% (30) femeninos y el 25% (10) masculinos; entre ellos, el 57.5% (23) fueron mayores de 35 años de edad y el 55% (32) tienen más de 18 años de experiencia laboral. Aplicando la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se obtuvo un $X^2_c = 1.345$, con 3 grados de libertad y un p valor de 0.719, significativamente mayor al $\alpha = 0.5$. Debido a una clara negligencia médica, en conclusión, afirmamos que no hay una relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital.

Palabras clave: conocimiento, aplicación, consentimiento informado, personal de salud.

ABSTRACT

The study group consisted of a sample of 40 individuals (8 doctors, 27 nurses and 5 nursing technicians) in order to relate the level of knowledge and application of informed consent for health personnel in the health services, surgery, traumatology and emergency Hospital "Félix Mayorca Soto" Huancayo. Taking as a study methodology cross descriptive. As a result: the sample population was not homogeneous with respect to gender 75% (30) female and 25% (10) male; including 57.5% (23) they were over 35 years old and 55% (32) have more than 18 years of work experience. Applying statistical Kruskal-Wallis a $X^2c = 1.345$ was obtained, with 3 degrees of release and p value of 0.719, significantly higher alpha = 0.5. Because a clear medical negligence, in conclusion, we affirm that there is no relationship between the level of knowledge and application of informed health personnel services in medicine, surgery, traumatology and emergency hospital consent.

Keywords: knowledge, application, informed consent, health persone

INDICE

| | |
|--|-------------|
| Dedicatoria | |
| Agradecimiento | |
| Resumen | |
| Abstract | |
| Introducción | |
| | Pág. |
| CAPÍTULO I | |
| MARCO TEÓRICO | |
| 1.1. Antecedentes de investigación..... | 01 |
| 1.2. Investigación bibliográfica..... | 09 |
| 1.3. Definición de términos operacionales..... | 17 |
| | |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO METODOLÓGICO | |
| 2.1. Ámbito de estudio..... | 18 |
| 2.2. Población muestral..... | 19 |
| 2.3. Diseño y esquema de investigación..... | 20 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos..... | 20 |
| 2.5. Procedimiento..... | 22 |
| 2.6. Plan de tabulación y análisis de datos..... | 23 |
| | |
| CAPÍTULO III | |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| 3.1. Resultados..... | 24 |
| 3.2. Discusión..... | 46 |
| | |
| CONCLUSIONES | |
| | |
| RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS | |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| | |
| ANEXOS. | |
| | |
| NOTA BIBLIOGRÁFICA | |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Género según edad del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto –Huancayo 2015..... | 24 |
| Tabla 2. Tipo de ocupación según el servicio que trabaja el personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto –Huancayo 2015..... | 25 |
| Tabla 3. Años de trabajo según servicio que labora el personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 26 |
| Tabla 4. Criterios en la aplicación del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 27 |
| Tabla 5. Personal de salud que aplica el consentimiento informado según tipo de ocupación en el Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 28 |
| Tabla 6. Consideraciones en la aplicación del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015. | 29 |
| Tabla 7. Puntuación de la aplicación del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 30 |
| Tabla 8. Conocimiento sobre la definición del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 31 |
| Tabla 9. Conocimiento sobre las características del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 32 |
| Tabla 10. Conocimiento sobre las funciones del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 33 |
| Tabla 11. Conocimiento sobre el contenido del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 34 |
| Tabla 12. Conocimiento sobre los puntos básicos del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015. | 35 |
| Tabla 13. Personal de salud conoce el consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015. | 36 |
| Tabla 14. Puntuación del conocimiento sobre el consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 37 |
| Tabla 15. Grupo Tabla de contingencia puntuación total del conocimiento sobre el consentimiento informado del personal que labora en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015..... | 38 |
| Tabla 16. Tabla de contingencia puntuación total de la aplicación sobre el consentimiento informado del personal que labora en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015..... | 40 |

| | |
|---|----|
| Tabla 17. Tabla de contingencia puntuación total del conocimiento y la puntuación total de la aplicación sobre el consentimiento informado del personal que labora en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015..... | 42 |
| Tabla 18. Prueba de Kruskal-Wallis: Puntuación total del conocimiento comparado con la aplicación sobre el consentimiento informado en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015..... | 44 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|------|
| Gráfico 1. Conocimiento sobre las funciones del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015..... | 33 |
| Gráfico 2. Tabla de contingencia puntuación total del personal de salud que conoce el consentimiento informado en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015..... | 39 |
| Gráfico 3. Tabla de contingencia puntuación total del personal de salud que aplica el consentimiento informado en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015..... | 40 |

INTRODUCCIÓN

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A). ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Descripción del problema de investigación

Estamos inmersos en un momento crucial en el ámbito sanitario. Desde hace años existe un movimiento para introducir, en el día a día de los profesionales sanitarios y las instituciones, la necesidad de respetar la voz del paciente.

La primera vez que se aplicó legalmente el término consentimiento informado a la relación médico/paciente, data de 1957, cuando en un juicio donde se juzgaban obligaciones médicas por haber quedado parapléjico un paciente como consecuencia de una aortografía lumbar, cuyos riesgos no le habían sido advertidos, se expresó lo siguiente: “Un médico viola su deber hacia su paciente y es sujeto de responsabilidades si no proporciona cualquier dato que sea necesario para fundamentar un consentimiento inteligente al tratamiento propuesto.

Por otro lado, las cuestiones como equipo multidisciplinario, interdisciplinario, asistencia en equipo etc., son muy recientes en nuestro medio. Tan recientes, que todavía en muchos de nuestros centros es una utopía pensar que se puede participar en las decisiones a llevar a cabo para la mejor atención del paciente.

El paciente tiene que ser partícipe activo de la toma de decisiones, conocer lo que ocurre, pedir aclaraciones si algo no ha sido entendido y pedir asesoramiento para tomar la mejor decisión con el equipo asistencial

que lo atiende. Pero esto no es una realidad extendida hoy día. Alcanzar este objetivo no será fácil. Analizamos la situación y los retos a alcanzar

En el Hospital “Félix Mayorca Soto” observamos que las decisiones del personal asistencial son a menudo unilaterales. El personal asistencial toma esas decisiones referidas al beneficio personal de salud con escaso o ningún conocimiento de que el beneficio del paciente podía ser un asunto distinto.

Según el sociólogo Charles Bosk⁽¹⁾, las acciones del cirujano y el resultado del paciente están más estrechamente ligados en cirugía que en la medicina, y ese nexo cambia de forma notable la relación entre el cirujano y el paciente.

Miles Little ⁽²⁾ ha señalado que hay un dominio moral diferenciado dentro de la relación personal asistencial-paciente. Según Little, «estudiar y negociar la realidad de la categoría de la recuperación, negociar la proximidad inherente de la relación, revelar la naturaleza de la dureza de la prueba, ofrecer y proporcionar apoyo a lo largo de su curso y posicionarse en favor del otro en el amplio contexto del encuentro quirúrgico, son ideales sobre los que construir una ética quirúrgica especial».

Jones et al. ⁽³⁾ En un libro de referencia sobre ética quirúrgica, han observado que incluso un asunto tan mundano como el orden de los pacientes en un esquema de atención puede encubrir importantes decisiones éticas.

Como la intervención quirúrgica es una experiencia extrema para el paciente, el personal asistencial tienen una oportunidad única de comprender las historias de sus pacientes y de apoyarles en este contexto. La virtud y el deber de la presencia comprometida, como describe Little, se extienden más allá de una personalidad cálida y amistosa y pueden enseñarse mediante preceptos y el ejemplo. Aunque Little no identifica específicamente la confianza como un componente de la presencia del personal asistencial.

Hoy en día se ve que aparecen, nuevos procedimientos operatorios, modificaciones técnicas, desconocidos y asombrosos dispositivos instrumentales y a partir de ello nos preguntamos ¿estarán capacitados todo el personal de salud que utiliza estos equipos de última tecnología para aplicarlo en el paciente? o ¿cuántos de ellos son el resultado de una metódica investigación científica? Y ¿sabrán los pacientes que están siendo parte de su experimentación? El establecimiento de dicha diferenciación posee gran relevancia ética y epistemológica. Esto no es superfluo, representa un hecho trascendental que, desafortunadamente, lo soslayamos en numerosas ocasiones más por la novedad que por el progreso.

Guarner ⁽⁴⁾ manifiesta que en la investigación de una determinada operación quirúrgica resulta muy difícil el uso de un grupo testigo como placebo, tal como se hace en la terapéutica médica. Todo lo más, se llega a comparar los beneficios de una determinada técnica operatoria con otra, cuyos resultados son de tiempo atrás conocidos; en general, estos

estudios son retrospectivos, cita como ejemplo el seguimiento comparativo a 30 años en el Nissen y la fundoplastia posterior para el tratamiento del reflujo gastroesofágico.

En nuestra rutina diaria en el servicio de medicina, observamos que los médicos se ven obligados, en un momento dado, a modificar los tratamientos, buscando nuevas combinaciones de fármacos, probando algún producto que antes no había sido usado en una determinada enfermedad o recetando un fármaco de acuerdo a la economía del paciente.

Caso similar observamos en el servicio de cirugía, cuando el cirujano luego de haber planeado una operación, se enfrenta con frecuencia con otros casos inesperados debido a las variantes anatómicas o complicaciones, inherentes a la misma patología y que, por lo tanto, hasta entonces no le habían sido familiares. En estas circunstancias el cirujano se ve precisado a introducir, con relativa frecuencia, modificaciones a la técnica original e incluso a buscar una solución a algo inesperado. A este hecho lo llamamos improvisación y lo tomamos como algo absolutamente lícito. Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), improvisar es hacer algo de repente sin estudio ni preparación.

Si a esta improvisación quirúrgica le resultó bien, le llaman innovación, como en la gastrectomía realizada por Ludwig Rydygier ⁽⁶⁾ introdujo la antisepsia. Pero si resulta desastroso como sucede con frecuencia, simplemente la junta médica no comenta el caso; y ¿cómo queda la situación del paciente?

Aunque en muy pocas veces como Billroth ⁽⁷⁾ realizó varios estudios experimentales en el laboratorio para su valoración, antes de su aplicación a la clínica y por consiguiente su procedimiento pertenece a la investigación. Sin embargo, la mayoría son productos de la improvisación, como se observan en los departamentos de cuidados intensivos y emergencia.

Casos similares a lo expuesto se realizan en los diferentes Hospitales, según Jones, en Estados Unidos, el problema fue llevado hasta los medios de comunicación, en diarios tan prestigiados y difundidos mundialmente como el New York Times, y ello preocupó en sumo grado a la ciudadanía y al propio gobierno que designó una comisión para ocuparse del tema.

Reitsma y Moreno (2002) ⁽⁸⁾, dos conocidos investigadores en bioética, revisaron 527 artículos de 18 revistas quirúrgicas norteamericanas, cuyos títulos indicaban: innovación, nuevos procedimientos, nueva técnica, otro abordaje, etcétera, todos sinónimos de cirugías innovadoras. Con las respuestas recibidas, los investigadores del programa bioético llegaron a la conclusión de que la cirugía experimental aparece, a menudo, libre de reglas bioéticas, y las guías y regulaciones resultan insuficientes para hacer frente al reto de la cirugía innovadora.

Según Ward ⁽⁹⁾ cuando preguntaba a los autores qué consideraban como investigación quirúrgica y cuál era la transición de innovación a investigación, éstos apuntaban que no había diferencia, que bastaba con hacer un protocolo y explicarle al paciente el tipo de innovación. El grupo

nos preguntamos, ¿qué acaso no conocían los requisitos que en cirugía debe contar una investigación cuando introducimos un nuevo procedimiento?

Este problema no es nuevo. Desde 1961, el anestesiólogo Beecher⁽¹⁰⁾ apuntaba: “uno puede y debe cuestionar los derechos éticos y morales de continuar introduciendo en cirugía procedimientos no planeados previamente”, es decir, improvisados.

Según Reitsma,⁽¹¹⁾ las innovaciones aparecen todos los días. Para los cirujanos es difícil saber seleccionarlas. Con frecuencia eluden muchos de los requisitos que exigen la investigación y la bioética.

Como puede verse, existen ciertos criterios a seguir en las llamadas innovaciones en cirugía. Algunas formas caen dentro de las normas corrientes de regulación para la investigación en humanos, declaración de Hélysinki ⁽¹²⁾ otras frecuentemente no llegan a llenar la definición de investigación y son las que requieren especial vigilancia.

La ética, al permitir identificar la conducta deseable, ocupa un lugar central en toda actividad humana, ya sea en su relación con otros individuos, con los animales o con el ambiente. El consentimiento informado en la investigación en humanos pretende proteger el bienestar y los derechos de los partícipes en la investigación, a la vez que facilita que dicha investigación sea beneficiosa para la comunidad científica y para la humanidad.

b. Justificación

Al momento de la exploración física, la ética profesional debe estar muy presente, para ayudar al paciente a sobrellevar la incomodidad por la que atraviesa y permitir con ello una exploración física adecuada, que exige la revisión de los orificios naturales del cuerpo y de los genitales

i. Teórica

Desde el Juramento Hipocrático hasta la declaración de 1847 de la American Medical Association ⁽¹³⁾ de principios médicos y hasta el presente, en los preceptos éticos tradicionales de la profesión médica ha primado el bienestar del paciente.

El artículo 40º de la Ley General de Salud establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo están exceptuados de realizar el consentimiento informado en situaciones que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente.

Entendiéndose que el peligro de daño en la vida y la salud de la persona son inminente en caso de no realizarse el procedimiento propuesto, no es cualquier peligro.

Por eso, cuando el peligro para la vida y la salud no es inminente se debe realizar el procedimiento de consentimiento informado en atenciones de los servicios de emergencia en los hospitales públicos. Porque gran parte de los pacientes que acuden a las emergencias no están en peligro inminente.

Por ejemplo la apendicitis aguda es un cuadro que se diagnostica en las fases iniciales del proceso, por lo que no constituye peligro inminente en la medida del tiempo si el cuadro puede resolverse después de las 6 horas. Por lo que se deberá realizar el procedimiento del consentimiento informado.

ii. Práctica.

Durante la intervención en el servicio de emergencia el paciente está en una situación totalmente vulnerable y es necesario un alto nivel de confianza para que ponga su vida directamente en las manos del personal asistencial. Tal confianza, a su vez, requiere que el personal asistencial luche por actuar siempre de forma que sea digna de confianza.

La práctica médica en el servicio de emergencia es, en su eje, una actividad de carácter moral. Aunque la aptitud y la habilidad quirúrgica son cruciales, también lo son las dimensiones morales de la práctica del consentimiento informado por parte del personal asistencial.

En la parte asistencial se observa que el personal de salud nunca solicita el consentimiento informado ante un procedimiento invasivo, aun así en el Hospital Félix Mayorca se refiere haber tenido pequeños problemas con el consentimiento informado. Lo que sucede es que no solicitan el consentimiento informado legalmente establecido, por lo que al paciente no se le da la información

necesaria e imprescindible, aun cuando la patología presente no pone en peligro inmediato la vida del paciente. Por lo que se incumple el requisito legal de dar información y solicitar el favor del paciente para realizarle cualquier proceso.

c. Propósito

El propósito del estudio es brindar información sistematizada, actualizada sobre el tema del consentimiento informado personal profesional de salud durante la atención a su paciente.

d. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” Huancayo 2015?

e. Objetivos.

i. Objetivo general.

Relacionar el nivel de conocimiento y la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” Huancayo 2015.

ii. Objetivos específicos.

- 1°. Describir las características socio demográficos del personal de salud que labora en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia.
- 2°. Evaluar el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado del personal de salud de los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia
- 3°. Determinar el nivel de aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia durante la atención al paciente.

B). ASPECTOS OPERACIONALES

a. Hipótesis.

Hi: El conocimiento se relaciona con la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto”.

Ho: El conocimiento no se relaciona con la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto”.

Ha: El conocimiento se relaciona significativamente con la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto”.

b. Variables.

i. Variable Independiente.

Conocimiento sobre el consentimiento informado.

ii. Variable Dependiente

Aplicación del consentimiento informado.

iii. Variables de caracterización

Aspectos sociodemográficos, (sexo, edad, tiempo de servicio)

iv. Operacionalización de variables.

| VARIABLE | DIMENSIÓN | TIPO DE VARIABLE | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|---|------------------|---|--------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE | | | | |
| Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado. | Nivel de conocimiento | Cualitativa | 8-10 = Suficientes ≤7 = Insuficientes | Ordinal politémica |
| | Características del consentimiento informado. | Cualitativa | Puntajes del cuestionario | Ordinal politémica |
| | Funciones del consentimiento | Cualitativa | Puntajes del cuestionario | Ordinal politémica |
| | Contenidos del consentimiento. | Cualitativa | Puntajes del cuestionario | Ordinal politémica |
| | Puntos básicos a considerar en el consentimiento. | Cualitativa | Puntajes del cuestionario | Ordinal politémica |
| VARIABLE DEPENDIENTE | | | | |
| Aplicación del consentimiento informado | Aplica el consentimiento informado a cada paciente. | Cualitativa | 32-36 = Correctas 31 ó < = Incorrectas | Nominal dicotómica |
| | Explica de manera sencilla las ventajas y desventajas de la intervención. | Cualitativa | Puntajes de la guía | Nominal dicotómica |
| | Explica de manera adecuada el procedimiento previo a la atención | Cualitativa | Puntajes de la guía | Nominal dicotómica |
| | Aplica el consentimiento en todo procedimiento invasivo | Cualitativa | Puntajes de la guía | Nominal dicotómica |

| VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN | | | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------|---|-----------|
| Socio demográficas | Edad | Cuantitativa | (1) 25 - 30 años (2) 35 – 40 años (3) 45– 50 años | Intervalo |
| | Sexo | Cuantitativa | Masculino Femenino | Nominal |
| | Tipo de ocupación | Cuantitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermero(a) • Técnico en Enfermería. | Nominal |
| | Tiempo de servicio | Cuantitativa | (1) 0 a 2 años (2) 3 a 4 años (3) 5 a 7 años | Ordinal |

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

Lugones, García y Hernández, realizaron una revisión bibliográfica acerca del consentimiento informado. Analizaron las características de la atención y cuidados al paciente desde la antigüedad, en las que predominó la llamada beneficencia paternalista, ya que el enfermo no tenía capacidad de decisión y estaba sometido al criterio del médico, quien poseía toda la moral, autoridad y conocimientos suficientes para ordenarle lo que debía hacer con su salud. Esto predominó durante mucho tiempo, hasta el surgimiento del consentimiento informado, donde la autonomía del paciente con relación a las decisiones médicas, adquiere gran importancia.

Antecedentes internacionales.

En Charlottesville – Estados Unidos Reitsma y Moreno (2002) ⁽⁸⁾, dos conocidos investigadores en bioética, revisaron 527 artículos de 18 revistas quirúrgicas norteamericanas, tanto de cirugía general como especializadas, publicadas entre los años 1991 y 2000. Incluyen desde Archives of Surgery y The Journal of the American College of Surgeons, hasta el Journal of Urology y el Surgical Endoscopy. Los investigadores se dirigieron a cada uno de los autores, cuyos títulos llevaban una de las siguiente palabras: innovación, nuevos procedimientos, nueva técnica, otro abordaje, etcétera,

todos sinónimos de cirugías innovadoras. Con las respuestas recibidas, los investigadores del programa bioético llegaron a la conclusión de que la cirugía experimental aparece, a menudo, libre de reglas bioéticas, y las guías y regulaciones resultan insuficientes para hacer frente al reto de la cirugía innovadora.

Guix Oliver Joan, Balañà Fort Llorenç, Etal. (1999) en su investigación clínico experimental sobre cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de calatuña mostraron que el 61% de los pacientes recuerdan haber firmado el documento de consentimiento, 59,2% recordaban explicaciones sobre riesgos o complicaciones de la intervención a que serían sometidos. 9% no entendieron suficientemente lo que se les haría en la operación, y un 36% entendieron que el documento de consentimiento eximia a los profesionales de responsabilidades. Existía relación estadísticamente significativa respecto de grupo de edad, nivel educativo, y vía de ingreso. En 78% de las historias clínicas revisadas existía documento de consentimiento informado. El diagnóstico constaba en un 14.9 %. y la firma del médico existía en un 48,9%. Ellos constataron la relación estadísticamente significativa respecto a la vía de ingreso de los pacientes.

Castellanos, Lópezl, Caballé Et al. (2009)¹⁷ en su investigación titulado El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica realizado en Cuba. Describe que el conocimiento científico ha conducido a notables avances que han sido de gran beneficio para la humanidad. El desarrollo de estas ramas científicas trae consigo serios

problemas éticos, por los cuales deben velar los hombres de ciencia y además todos los miembros de la sociedad. La Medicina hoy día, posee una fuerte carga experimental y surgen extrapolaciones desde el laboratorio de investigaciones, al hombre. Las investigaciones que se realizan, cada vez con mayor frecuencia, hacen partícipes a las personas, y un procedimiento imprescindible en las investigaciones con seres humanos, lo constituye el otorgamiento por los sujetos del consentimiento informado para su inclusión en el estudio. Este aspecto no constituye una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud, a realizar un tratamiento o investigación, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud, en cualquiera de los niveles de atención.

Oliva, Bosch, Carballo, Et al. (2001)¹⁹ En su investigación titulado El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos, realizado en Cuba hicieron un breve repaso conceptual de la ética y la bioética médica para encausar un tema de singular importancia: el consentimiento informado ¿Por qué es importante su concepto y su aplicación? debido a que en Cuba en esta última década se han incrementado los estudios científicos médicos e investigativos para mejorar la salud de la población y la obtención de nuevos medicamentos. Los ensayos clínicos con pacientes siempre deberán cumplir un basamento ético que permita el respeto a la vida humana, en esta revisión detallaron conceptualmente el ensayo clínico, la hoja de información al paciente y su

contenido, el consentimiento informado, sus principios y elementos. Resaltando que la mezcla de todos hará más humano el trabajo científico.

Rubiera, Arbizu, Alzueta, Et al. (2004)²⁰ En su investigación titulada La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias mencionan que de los documentos de consentimiento informado estudiados, el 77,3% (221 de 286) presenta niveles adecuados de legibilidad según el índice de legibilidad integrada; el 75,2% (215 de 286), según el índice de complejidad oracional, y el 3,5% (10 de 286), según el índice de Flesch. Existen diferencias de los valores medios de los índices entre los distintos hospitales estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Concluyeron que los valores bajos de legibilidad obtenidos en los consentimientos informados escritos en castellano necesitan fórmulas correctoras. Tres cuartas partes de los documentos se consideraron aceptables por la utilización de frases poco complejas en el texto. Los índices de legibilidad deben ser utilizados en la elaboración o la mejora de los documentos de consentimiento informado.

Simón, Barrio, Sánchez,. et al. (2007)²⁷ en su investigación titulado Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización resalta que Los participantes desean ser informados y participar en la toma de decisiones, no conocen el significado de la carta de derechos de los pacientes, desean compartir con la familia todo el proceso asistencial, la información escrita les resulta incomprensible y sienten que no se atiende convenientemente su dolor y malestar.

Simón P. (2006)²² en su investigación titulado Diez mitos en torno al consentimiento informado; realiza una revisión que, a su juicio, configuran la visión de muchos profesionales sobre el consentimiento informado (CI). Visión, por otra parte, poco precisa y de baja calidad ética y jurídica. Los mitos son: 1. El CI es algo extraño a los deberes morales de los médicos. 2. El CI consiste en conseguir que los pacientes firmen el formulario en el que autorizan la realización de una intervención. 3. La buena práctica clínica consiste en realizar bien los actos clínicos desde el punto de vista científico-técnico; el CI no tiene que ver con esto. 4. El fundamento ético del CI es el principio de autonomía. 5. La obtención del CI es una obligación de los profesionales que realizan las intervenciones, pero no de los que las indican. 6. El CI no tiene ningún sentido porque la mayoría de los pacientes no desean ser informados. 7. Los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento, pero sólo antes de que se les aplique. Una vez iniciado éste, los profesionales no pueden retirarlo. 8. La evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir es responsabilidad de los psiquiatras. 9. El respeto a las exigencias del CI puede satisfacerse sin que las organizaciones sanitarias inviertan recursos adicionales en ello. 10. La obtención del CI es una responsabilidad de los médicos, pero no de la enfermería. En conclusión insiste en la importancia de desvelar el discurso oculto en estos mitos para poder cambiar las prácticas sobre el CI en nuestras organizaciones sanitarias.

Bórquez, Raineri, y Bravo (2004)²⁴ realizaron una investigación titulada La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en

el contexto del consentimiento informado. Revisa el concepto de capacidad de toma de decisiones en el contexto de la atención de salud y sus antecedentes legales en Chile. Los principales problemas que surgen de la comprensión, uso y evaluación de la capacidad de toma de decisiones, se analizan. En la mayoría de los casos, subjetiva ya que no existen criterios, protocolos o normas que se utilizará la evaluación de esta capacidad. En los tribunales de justicia, se pide a la «capacidad de ejercicio» evaluación de expertos. Estos médicos especializados evaluarán la salud mental del sujeto y sus implicaciones en la capacidad para tomar decisiones. En la práctica, es difícil de integrar el concepto de capacidad desde la perspectiva ley o cuidado de la salud. Se concluye que la elaboración de criterios, normas y procedimientos para evaluar la capacidad de decisión de los pacientes, es obligatorio.

Julio César Galán Cortés (1998) en su investigación titulada la responsabilidad médica y el consentimiento informado. Es un presupuesto de la *lex artis* y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Es una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina. Es un derecho humano primario y a la vez una exigencia ética y legal para el médico. Su desarrollo conoció distintas etapas: “consentimiento voluntario “, “consentimiento informado “, “consentimiento válido “; actualmente, el “consentimiento auténtico” se caracteriza por adecuarse plenamente al sistema de valores del paciente. Salvo las circunstancias excepcionales que se analizan, sólo el paciente es el titular de este personalísimo derecho. Debe prestarse antes del acto

médico y es revocable sin formalidad alguna. Si bien en la mayor parte de los casos el consentimiento es oral, existe una tendencia a documentarlo por escrito. Estos protocolos deben ser de base genérica y completarse en función de las características de cada caso. La validez del consentimiento se extenderá hasta donde haya llegado la información. El deber de informar alcanza a las consecuencias y riesgos que razonablemente se puedan prever, pero no sobre los excepcionales.

Antecedentes nacionales.

CASTRO MALDONADO, Betty et al (2010)³³ realizó una evaluación de la calidad de estructura y contenido de los formatos de consentimiento médico informado de los hospitales de la Región Lambayeque, nos muestra que de los 8 formatos estudiados se encontró que en ningún (0%) hospital cumplían con los requisitos del modelo al no lograr más del 75% (19-24 requisitos); 1 (12,5%) hospitales se halló entre el 50 y 75% (12-18 requisitos) y en 7 hospitales (75%) cumplían menos del 50% (0-11 requisitos). Concluyendo que la calidad de los formatos de consentimiento informado son deficientes.

ZAVALA, Salomón Et al. (2010)³⁰ en su investigación titulado Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación, demostró que de los 1,486 participantes. La gran mayoría (84%) respondió que respetar la autonomía del paciente significa mejorar la comunicación médico paciente; y tres de cada cuatro, que obtener el consentimiento informado es un imperativo ético. La frecuencia de aciertos disminuyó en

las preguntas sobre información sobre quién determina la capacidad mental y qué hacer cuando un paciente rechaza tratamiento. Llega a la conclusión que identificó deficiencias en conocimiento del consentimiento informado.

REVILLA, FUENTES, (2007)³². En su investigación titulada “La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana” realizado en Lima, describe que el consentimiento informado tiene un significado e importancia esenciales, tanto en la investigación cómo en la práctica médica; a pesar de mencionado en varios textos médicos, el proceso del consentimiento informado en la atención médica peruana es ejecutado inadecuadamente, y esto debido a varios factores como: enfoque contextual de la práctica médica actual; la confrontación de la teoría con la realidad; el respeto a los pacientes; la relación entre médicos y pacientes como iguales.

1.2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA.

El consentimiento informado son las palabras anglosajonas que han dado origen a este concepto. Evidentemente, para que un profano en medicina dé su consentimiento acerca de algo que afecte a su salud, precisa una información previa. El proceso de explicar el procedimiento, con sus ventajas e inconvenientes, para poder tomar luego una decisión, como una más de tantas otras decisiones que se toman en la vida y recabarla fehacientemente por el profesional, es lo que recibe el nombre de consentimiento informado. Este radica en una relación confiada y pausada entre el médico y el enfermo, con una explicación adecuada, no exhaustiva, del proceso, procedimiento y alternativas, guiada por la verdad, hasta colmar el interés que el paciente solicite. Todos los recursos humanos legítimos para afianzar una confianza profesional entre iguales, sin búsqueda de sumisión o acatamiento ciego, y característicos de la personalidad de cada médico deben ser utilizados. El límite de la autonomía del paciente sería la *lex artis*.

El Colegio de Médicos americanos definió el consentimiento informado como "la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser

conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente".

Un consentimiento informado inadecuado se considera como ausencia del mismo. La firma de un consentimiento informado no exime al médico de responsabilidad por mala praxis; sin embargo, su mala aplicación puede debilitar la defensa en una acusación sobre negligencia en un procedimiento, por lo demás defendible. El médico que no informa será responsable de los daños debidos a los procedimientos, aunque no exista mala práctica profesional. El consentimiento informado puede perder su función protectora en el ámbito médico-legal si no se realiza de forma adecuada. Por otro lado, no hay que olvidar que la mayor protección frente a litigios consiste en una buena comunicación con los pacientes.

1.2.1. REQUISITOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Aunque el soporte documental es en ocasiones imprescindible, generalmente una ayuda y siempre una evidencia, es importante resaltar que, en las últimas sentencias al respecto, el Tribunal Supremo, ha dado como válidas de correcta información, la reseña en la historia clínica. Por tanto, parece aconsejable y necesaria la firma de un documento impreso que recoja, con menor detalle, lo explicado y acordado, resumiendo lo más importante, pero la única fórmula válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación. El documento firmado no debe ser nunca el centro ni la finalidad del proceso del consentimiento y siempre debe ir precedido del diálogo. El documento final del Grupo de Expertos para el

Consentimiento Informado en Cirugía considera que la historia clínica es el lugar físico por antonomasia para registrar procesos de información y consentimiento, y recomienda a los profesionales que adquieran el hábito de incluir en las hojas de evolución clínica comentarios y anotaciones acerca de lo que hablan con sus pacientes, tanto como factor positivo de la evaluación de la calidad asistencial, como por su valor probatorio a efectos jurídicos, siquiera este valor no pueda entenderse en términos absolutos.

El consentimiento informado trata de respetar la autonomía del paciente, y para que una acción sea autónoma debe cumplir 4 condiciones:

- a. Intencionalidad: capacidad de obrar voluntariamente. Se tiene intención o no se tiene.
- b. Conocimiento preciso de la acción: el paciente debe conocer las circunstancias que afectan a sus decisiones.
- c. Ausencia de control externo: el paciente no debe sufrir manipulaciones.
- d. Control interno: el paciente debe poseer una personalidad suficientemente capaz.

El propio nombre de consentimiento informado implica dos características: la voluntariedad y la información. La primera se define como elección sin impulso externo que obligue, pues la voluntad es una de las facultades superiores del ser humano.

Voluntario es todo lo que procede de un principio intrínseco con conocimiento del fin. Está en función de la percepción subjetiva de cada paciente, de su propia escala de valores, y siempre se trata de respetar su autonomía. Pueden existir algunas perversiones en la obtención del consentimiento informado que hagan que no se respete la voluntad del paciente, y las más frecuentes son las siguientes:

- a. Persuasión: no se le da otra posibilidad de elección. El paciente debe conocer las alternativas de que dispone y sus consecuencias, para poder decidir, así como las posibles consecuencias de no hacer nada.
- b. Coacción: se amenaza de manera explícita o implícita al paciente; por ejemplo, planteándole el alta voluntaria si no accede al tratamiento.
- c. Manipulación: es la distorsión de la información que se da al paciente, dado de forma sesgada o incompleta. Esta manipulación podría llevar al paciente a una decisión que de otro modo no hubiera tomado.

Es frecuente que el médico, consciente o inconscientemente, trate de inducir al paciente hacia la realización de un procedimiento por motivos más o menos válidos, que no siempre concuerdan con los intereses del paciente.

La información, por su parte, está basada en que se debe informar al paciente de forma simple, aproximativa, leal e inteligente, de todas aquellas circunstancias que puedan influir de forma razonable en su decisión, de modo que, tras un conocimiento exacto de la situación en que se encuentra, disponiendo de un balance de riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas existentes, pueda adoptar libremente la decisión que crea más oportuna. La información debe facilitarse al paciente y a los familiares, salvo prohibición expresa del interesado.

Es recomendable acudir a un documento escrito cuando se trate de procedimientos invasivos o que conlleven riesgos notorios o de dudosa efectividad. La información ha de ser siempre verdadera. Nunca se justifica mentir al paciente. Se debe utilizar un lenguaje adecuado a cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el nivel cultural y la capacidad de comprensión.

1.2.2. **CONSIDERACIONES FINALES**

El consentimiento informado plantea un reto ético de primer orden a todos los profesionales de la salud. Con frecuencia los médicos, y también las enfermeras y técnicos, tienen dificultades para asumirlo porque su formación académica y su práctica clínica han estado imbuidas, hasta hace bien poco, por los principios y modos del paternalismo y maternalismo tradicionales a los que nos referíamos al principio. No obstante, esto último implica un aspecto muy positivo: que los profesionales sí suelen estar seriamente preocupados por procurar a sus pacientes el mayor bienestar posible, fundamentalmente mediante la realización de una práctica de alta calidad científico-técnica.

Lo que sucede es que les resulta difícil aceptar que hoy esto deba acompañarse de la renuncia al monopolio del poder de decisión, para compartirlo con alguien, el paciente, a quien se considera a veces un intruso incapacitado para tomar decisiones en algo tan serio como es su salud y su vida. Solo si se tiene en cuenta esta idea de que los profesionales están ya comprometidos moralmente con sus pacientes, aunque desde una óptica poco adecuada para los tiempos actuales, podremos producir

paulatinamente el cambio de mentalidad y actitud que implica el consentimiento informado.

Una segunda cuestión que hay que tener en cuenta son los miedos u objeciones concretas que el consentimiento informado suscita entre los profesionales, y que hay que ser capaces de neutralizar. Un miedo muy frecuente es la posibilidad de que la información genere en los pacientes una ansiedad innecesaria. Aquí hay que decir que todos los estudios realizados, ponen de manifiesto precisamente lo contrario, pues cuando los pacientes reciben una información adecuada sobre las intervenciones a las que van a someterse, la ansiedad no aumenta, sino que disminuye. Otro miedo frecuente es que la información aumente el rechazo de los pacientes hacia intervenciones que ellos consideran necesarias. Bajo esta preocupación moral legítima subyace el típico esquema del paternalismo. Por eso habrá que subrayar que lo que sea bueno para un paciente es el propio paciente quien debe delimitarlo, con la ayuda del profesional. Esto último es el punto clave. Es bueno destacar que en muchos lugares los pacientes exigen con mayor frecuencia el buen uso del consentimiento informado en sus gestiones médicas. El consentimiento informado no exige que el profesional se coloque en una posición pasiva para evitar “interferir” en la libertad del paciente que debe decidir. Antes, al contrario, demanda del profesional que no abandone a su paciente y se implique a fondo junto con él en el proceso de toma de decisiones, aconsejándole, e incluso persuadiéndole en una determinada dirección. Es cierto que en este proceso abierto el paciente puede estimar como mejores opciones las que

el profesional considera peores, pero eso no es un mal resultado, al contrario, es de mayor calidad moral que la mera imposición paternalista. Aquí habrá que resaltar, en primer lugar, la necesidad de que los profesionales asuman la nueva cultura asistencial que comporta el consentimiento informado y optimicen la gestión de su tiempo de atención para poder incorporar el consentimiento informado como dimensión básica de su ejercicio profesional. Pero junto a ello habrá que reconocer, en segundo lugar, que los profesionales no son omnipotentes, por lo que habrá que aceptar que cada uno adapte esta exigencia a su propia realidad asistencial y, haciendo ejercicio de su responsabilidad, incorpore paulatinamente el consentimiento informado a su práctica diaria. Además, los gestores deberán reconocer que la incorporación del consentimiento informado a la práctica clínica no se hace “a coste cero”. Realizar procesos de consentimiento informado consume tiempo, tiempo que tiene un precio que debe tomarse en consideración a la hora de programar y medir la actividad asistencial y de gestionar recursos.

1.2.3. DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN O CONOCIMIENTOS.

Baranowski²⁵, explica que la persona expuesta a la nueva información, adquirirá nuevos conocimientos, que la conducirán a cambios de actitudes, los que a su vez, darán como resultado un mejoramiento en sus conductas y/o prácticas. Relacionando esta teoría con el estudio que se propuso, la estrategia educativa otorgada, permite ampliar sus conocimientos previos, lo cual posibilitan los cambios progresivos en sucesivas actividades.

1.2.3.1. CLASES DE CONOCIMIENTO

- **Conocimiento Cotidiano o Vulgar:** Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser a metódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el “como”, ni el “porque” de los fenómenos.
- **Conocimiento Científico:** Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas, empieza el conocimiento científico; actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad

1.2.3.2. FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO:

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y practicas frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- **Lo Informal;** mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **Lo Formal;** es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadores donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.

- 1.3.1. Conocimiento; es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) que posee en este caso el personal de salud, de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un valor cualitativo.
- 1.3.2. Práctica; son actividades de refuerzo que dan al aprendiz la oportunidad de aplicar conocimientos y habilidades como: Ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas, práctica de una idea, doctrina, enseñanza o pensamiento y constante experimentación de una teoría.
- 1.3.3. Consentimiento informado; es la aceptación voluntaria, libre y racional del paciente a un tratamiento, luego de ser informado y respondido todas sus dudas de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles.

CAPITULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Ámbito de estudio.

2.1.1. Ubicación. El Hospital “Félix Mayorca Soto” de Tarma se encuentra en la Av. Pacheco N° 362. Delimita por el Este (Prov. de Chanchamayo); por el Norte (Prov. de Junín); por el Sur (Prov. de Jauja) y por el Oeste (Prov. Yauli).

2.1.2. Extensión. Tiene 2468.12 m²

2.1.3. Localización geográfica. Está situado a orillas del río Tarma, a unos 50 Km de la Oroya, en los terrenos donados por el presidente de la comunidad.

2.1.4. Clima. Tarma tiene un clima templado, de precipitaciones escasas e irregulares. La temperatura media anual es de 19°C, llegando a 30°C. El invierno es de enero a marzo, época que la temperatura desciende a 16°. Por esta temporada se producen las mayores precipitaciones llegando a 1,850 m.m

2.1.5. Latitud y longitud. Tarma se encuentra a 11°25'00" de latitud Sur y 75°41'12" de longitud Oeste.

2.1.6. Altitud. Se encuentra a 3,050 m.s.n.m.

2.2. Población muestral.

Estuvo conformada por un total de 40 personas, entre ellos: 8 médicos; 27 Enfermeros(as) y 5 técnicos en enfermería.

2.2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.

2.2.1.1. Criterios de Inclusión.

Personal profesional de salud que labora en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia.

2.2.1.2. Criterios de Exclusión.

Personal que no hayan aceptado hacer firmar el consentimiento informado.

2.2.2. Tipo de estudio.

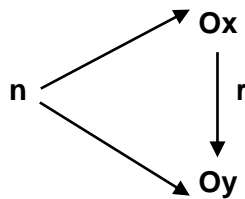
El tipo de investigación según la cantidad de medición de las variables es **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron a la muestra en un solo momento y las variables se midieron sólo una vez (Flores, V. 2013)¹⁵.

Estudio de tipo **descriptivo** porque, según Sabino, C. (2010), dicho método permitirá describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos o fenómenos y las variables que los caracterizan; **prospectivo**, porque el estudio pertenece al tiempo futuro y la recolección de datos lo realiza el investigador a partir de la fuente primaria y **transversal** porque los instrumentos se aplican a la muestra en un solo momento y las variable se miden sola una vez.

2.3. Diseño y esquema de investigación.

El diseño de investigación es no experimental, dentro de este, el diseño transversal de tipo relacional; porque se recolectaran datos en un solo momento, para describir las variables y analizar su interrelación en un momento dado (Hernández, R. 2010) ⁽¹⁴⁾

El diseño de investigación presenta el siguiente esquema:



Donde:

- n = Muestra de la investigación
- O_x = Observación de la variable independiente. Conocimiento sobre el consentimiento informado.
- O_y = Observación de la variable dependiente. Aplicación del consentimiento informado.
- r = Relación.
- = Dirección de la Investigación.

2.4. Técnicas e instrumentos.

2.4.1. Técnicas.

Las técnicas a utilizar:

Encuesta; es una técnica que se aplicó a la población muestral para permitirnos evaluar el nivel de conocimiento en la aplicación del consentimiento informado, con preguntas de manera estructurada para captar la información por los investigadores relacionados a las características sociodemográficas como son el género, edad, tipo de profesionales, servicio en el que labora y tiempo de servicio.

Observación; permitió recolectar datos de la segunda variable de un suceso como la aplicación del consentimiento informado para su posterior análisis. La observación directa permitirá evidenciar datos para estudios descriptivos y analíticos prospectivos (Martel, S., 2013) ⁽¹⁵⁾ y consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar sin que la persona se dé cuenta que se le está evaluando.

2.4.2. Instrumentos.

Cuestionario de antecedentes sociodemográficos del personal de salud (Anexo N° 01). Este instrumento consta de una dimensión, referidos a los aspectos sociodemográficos con 05 ítems (sexo, edad, tipo de ocupación, servicio en el que labora y tiempo de servicio, los cuales se aplicaron a la muestra en estudio.

Guía de observación (Anexo N° 02). Este instrumento consta de 4 ítems (dimensiones) referidos a verificar la aplicación del consentimiento informado en cada fase del tratamiento. Se calificó cada área conforme a la descripción que mejor correspondería al personal de salud del servicio de emergencia.

Para calificar la aplicación se calificó teniendo en cuenta lo siguiente:

| | |
|---------------------|-------------|
| 0 a 2 puntos | = mala |
| 3 puntos | = aceptable |
| 4 puntos | = buena. |

Test “Consentimiento informado” (Anexo N° 03). Este instrumento se utilizó para la evaluación del conocimiento sobre el consentimiento informado. Consta de 5 ítems (dimensiones).

Para evaluar el conocimiento se calificó teniendo en cuenta lo siguiente:

1 a 4 puntos = escaso

5 a 7 puntos = aceptable

8 a 10 puntos = buena.

2.5. Procedimiento.

El proceso de investigación se realizará de la siguiente manera:

Coordinación con el director del Hospital y a los jefes de los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia, mediante un oficio emitido por los investigadores para la aceptación de la investigación.

Luego, se les solicitarán participar en nuestro estudio al personal profesional que labora en los mencionados servicios y se dará a conocer para la firma del consentimiento informado.

Práctica del consentimiento informado.

Para la práctica del consentimiento informado se coordinará con cada personal de salud.

Práctica de los instrumentos de recolección de datos.

Para la práctica de los instrumentos se llevará a cabo de la siguiente manera:

- 1 Al inicio se aplicó el anexo 01. Características socio-demográficas.
- 2 Luego el anexo 02; Guía de Observación.
- 3 Finalmente, el anexo 03, Test “Consentimiento informado”

2.6. Plan de tabulación y análisis de datos.

Análisis Estadístico.

Se realizó a través de la estadística descriptiva e inferencial, usando el paquete estadístico SPSS versión 21, para su posterior interpretación según las frecuencias más significativas de los datos encontrados.

Análisis descriptivo.

Se llevó a cabo con el fin de medir los antecedentes sociodemográficos, para luego ser interpretada según las frecuencias más significativas de los datos obtenidos.

Análisis inferencial.

Se realizó con la finalidad de analizar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica. Para ello se utilizó la prueba de Kruskal - Wallis por tratarse de cuatro grupos independientes con variables ordinales, mediante el paquete estadístico SPSS versión 21. Los resultados obtenidos fueron graficados, analizados e interpretados mediante la discusión.

CAPITULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

Los resultados representados en cuadros estadísticos permitirán analizar la distribución e interpretación de acuerdo a la base teórica.

3.1.1. Análisis descriptivo de los resultados

Tabla N° 01

Género según edad del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto –Huancayo 2015.

| | | Edad en años del personal del servicio de emergencia | | | | | Total |
|--------|-----------|--|---------|---------|---------|-----------|--------|
| | | 25 a 30 | 31 a 34 | 35 a 40 | 45 a 49 | 50 a años | |
| Genero | Masculino | N 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 10 |
| | | % 7,5% | 2,5% | 7,5% | 2,5% | 5,0% | 25,0% |
| | Femenino | N 4 | 1 | 5 | 12 | 8 | 30 |
| | | % 10,0% | 2,5% | 12,5% | 30,0% | 20,0% | 75,0% |
| Total | | N 7 | 2 | 8 | 13 | 10 | 40 |
| | | % 17,5% | 5,0% | 20,0% | 32,5% | 25,0% | 100,0% |

Fuente: Cuestionario de antecedentes sociodemográficos.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 01 se observa que del 100% (40) de la población en estudio, el 75% (30) son femeninos y el 25% (10) son masculinos; asimismo, el 32.5% (13) se encuentran entre las edades de 45 a 49 años y el 25% (10) mayores de 50 años, esto indica que más de la mitad del personal de salud en estudio (57.5%) son mayores de 45 años de edad. Sólo el 5% (2) están entre las edades de 31 a 34 años y el 17.5% (7) entre las edades de 25 a 30 años.

Tabla N° 02

Tipo de ocupación según el servicio que trabaja el personal de salud del Hospital "Félix Mayorca Soto –Huancayo 2015.

| | | | Servicio en el que trabaja el personal de salud | | | | Total |
|-------------------|--------------|---|---|---------|---------------|------------|--------|
| | | | Medicina | Cirugía | Traumatología | Emergencia | |
| Tipo de ocupación | Médico | N | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| | | % | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 20,0% |
| | Enfermero(a) | N | 7 | 7 | 7 | 6 | 27 |
| | | % | 17,5% | 17,5% | 17,5% | 15,0% | 67,5% |
| | Técnico Enf | N | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| | | % | 2,5% | 5,0% | 2,5% | 2,5% | 12,5% |
| | Total | N | 10 | 11 | 10 | 9 | 40 |
| | | % | 25,0% | 27,5% | 25,0% | 22,5% | 100,0% |

Fuente: Cuestionario de antecedentes sociodemográficos.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 02 se observa que del 100% (40) de la población en estudio, el 67.5% (27) son enfermeros(as), el 20%(8) son médicos y el 12.5% (5) son Técnicos en Enfermería.

Por otro lado, el 27.5% (11) trabajan en el servicio de cirugía, el 25% (10) trabajan en el servicio de medicina y traumatología y el 22.5% (9) en el servicio de emergencia. De ellos, el 17.5% (7) de enfermeros(as) laboran en el servicio de medicina, cirugía y traumatología. Sólo el 2.5% (1) de Técnicos en Enfermería laboran en los servicios de medicina, traumatología y emergencia. Mientras que el 5% (2) de personal médico laboran en cada servicio.

Esto nos indica que entre los cuatro servicios en estudio, hay mayor grupo de personal de salud en los servicios de cirugía y traumatología haciendo un total de 51.5% (21), debido a los tipos de pacientes según patología que ingresan en el hospital.

Tabla N° 03

Años de trabajo según servicio que labora el personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015.

| | | Servicio en el que labora el personal de salud | | | | Total | |
|-----------------|--------------|--|---------|---------------|------------|-------|--------|
| | | Medicina | Cirugía | Traumatología | Emergencia | | |
| Años de trabajo | 2 años | N | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| | | % | 2,5% | 2,5% | 0,0% | 2,5% | 7,5% |
| | 4 a 7 años | N | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | | % | 0,0% | 2,5% | 5,0% | 2,5% | 10,0% |
| | 8 a 17 años | N | 1 | 5 | 2 | 3 | 11 |
| | | % | 2,5% | 12,5% | 5,0% | 7,5% | 27,5% |
| | 18 a 22 años | N | 5 | 2 | 4 | 3 | 14 |
| | | % | 12,5% | 5,0% | 10,0% | 7,5% | 35,0% |
| | 26 a 35 años | N | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| | | % | 7,5% | 5,0% | 5,0% | 2,5% | 20,0% |
| | Total | N | 10 | 11 | 10 | 9 | 40 |
| | | % | 25,0% | 27,5% | 25,0% | 22,5% | 100,0% |

Fuente: Cuestionario de antecedentes sociodemográficos.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 03 se observa que del 100% (40) de la población en estudio, el 35% (14) tienen de 18 a 22 años de trabajo, el 27.5%(11) tienen de 8 a 17 años y el 20% (8) tienen de 26 a 35 años de trabajo. Mientras que el 10%(4) tienen de 4 a 7 años y el 7.5% (3) tienen 2 años de trabajo.

Asimismo, el personal que tiene de 18 a 22 años de trabajo el 12.5% (5) se encuentran en el servicio de medicina y el 10% (4) en el servicio de traumatología; igualmente, el 12.5% (5) del personal de salud que tienen de 8 a 17 años de trabajo se encuentran laborando en el servicio de cirugía.

Los datos indican que el 55% (22) del personal de salud en estudio tienen más de 8 años de experiencia laboral en el Hospital “Félix Mayorca Soto”.

3.1.1.1. Evaluación de la práctica en la aplicación del consentimiento informado.

Tabla N° 04

Criterios en la aplicación del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal del servicio de emergencia | | | Total |
|---|--|--------|---|--------------|-------------|--------------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| Pacientes con consentimiento informado | Paciente firma el consentimiento informado | N % | 3 7,5% | 13 32,5% | 1 2,5% | 17 42,5% |
| | Otra persona firma el consentimiento informado | N % | 5 12,5% | 14 35,0% | 4 10,0% | 23 57,5% |
| | Total | N % | 8 20,0% | 27 67,5% | 5 12,5% | 40 100,0% |
| Pacientes explican lo que esperan que suceda del procedimiento | Pacientes conocen claramente lo que sucederá con la intervención | N % | 3 7,5% | 20 50,0% | 2 5,0% | 25 62,5% |
| | Pacientes tienen duda de la intervención | N % | 5 12,5% | 7 17,5% | 3 7,5% | 15 37,5% |
| | Total | N % | 8 20,0% | 27 67,5% | 5 12,5% | 40 100,0% |
| Pacientes conocen todo el proceso de atención | Pacientes conocen todo el proceso de atención | N % | 0 0,0% | 13 32,5% | 1 2,5% | 14 35,0% |
| | Paciente conoce parte del proceso de atención | N % | 8 20,0% | 14 35,0% | 4 10,0% | 26 65,0% |
| | Total | N % | 8 20,0% | 27 67,5% | 5 12,5% | 40 100,0% |
| Pacientes con consentimiento informado de procedimiento invasivos | Pacientes conocen todo el proceso de atención | N % | 2 5,0% | 12 30,0% | 1 2,5% | 15 37,5% |
| | Paciente conoce parte del proceso de atención | N % | 6 15,0% | 15 37,5% | 4 10,0% | 25 62,5% |
| | Total | N % | 8 20,0% | 27 67,5% | 5 12,5% | 40 100,0% |

Fuente: Guía de Observación al profesional de salud..

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 04 se observa que del 100% (40) de la población en estudio, el 57.5% (23) del personal afirma que cualquier otra persona puede firmar el consentimiento informado para considerar que el paciente de un consentimiento informado, mientras que, el 42.5% (17) afirman que necesariamente debe ser el mismo paciente que firma el consentimiento informado.

Con respecto a pacientes explican lo que esperan que suceda del procedimiento se observa que el 62.5% (25) del personal de salud señalan que los pacientes

conocen claramente lo que sucederá con la intervención; mientras que, el 37.5% (15) señalan que los pacientes tienen duda de la intervención.

Con respecto a que los pacientes conocen todo el proceso de atención, el 65% (26) del personal de salud señalan el paciente conoce parte del proceso de atención; mientras que, el 35%(14) del personal señalan que los pacientes conocen todo el proceso de atención.

Con respecto a pacientes con consentimiento informado de procedimiento invasivos, el 62.5% (25) del personal señalan que los pacientes conocen parte del proceso de atención; mientras que, el 37.5% (15) del personal señalan que los pacientes conocen todo el proceso de atención en los casos invasivos.

Tabla N° 05

Personal de salud que aplica el consentimiento informado según tipo de ocupación en el Hospital "Félix Mayorca Soto" –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación | | | Total |
|---|----|--------|-------------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| El personal de salud aplica el consentimiento informado | Si | N % | 3 37,5% | 14 51,9% | 1 20,0% | 18 45,0% |
| | No | N % | 5 62,5% | 13 48,1% | 4 80,0% | 22 55,0% |
| Total | | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |

Fuente: Guía de Observación al profesional de salud..

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 05 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 55% (22) no aplican el consentimiento informado, entre los técnicos en un 80%(4), entre los médicos 62.5% (5) y entre los enfermeros(as) en un 48.1% (13).

Sólo el 45% (18) del personal de salud lo aplican, entre los enfermeros el 51.9% (14) y entre los médicos el 37.5% (3) y los técnicos 20%(1).

Tabla N° 06

Consideraciones en la aplicación del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital "Félix Mayorca Soto" –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación | | | Total |
|---|----|---|-------------------|--------------|-------------|--------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| Información del personal de salud sobre el consentimiento informado | Si | N | 3 | 20 | 1 | 24 |
| | | % | 7,5% | 50,0% | 2,5% | 60,0% |
| | No | N | 5 | 7 | 4 | 16 |
| | | % | 12,5% | 17,5% | 10,0% | 40,0% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| El personal de salud explica adecuadamente el procedimiento | Si | N | 0 | 13 | 0 | 13 |
| | | % | 0,0% | 32,5% | 0,0% | 32,5% |
| | No | N | 8 | 14 | 5 | 27 |
| | | % | 20,0% | 35,0% | 12,5% | 67,5% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| Aplican el consentimiento informado en todos, inclusive en procedimientos invasivos | Si | N | 2 | 13 | 0 | 15 |
| | | % | 5,0% | 32,5% | 0,0% | 37,5% |
| | No | N | 6 | 14 | 5 | 25 |
| | | % | 15,0% | 35,0% | 12,5% | 62,5% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |

Fuente: Guía de Observación al profesional de salud.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 06 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 60% (24) del personal de salud si tiene información sobre el consentimiento informado y sólo el 40% (16) no lo tiene.

De los cuales, el 67.5% (27) del personal de salud no explica adecuadamente el consentimiento informado y sólo el 32.5% (13) si lo explican adecuadamente.

Por otro lado, el 62.5% (25) del personal de salud no aplica en consentimiento informado en los procedimientos invasivos y el 37.5% (15) si lo hace.

Tabla N° 07

Puntuación de la aplicación del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal del servicio de emergencia | | | Total |
|--|-----------|--------|---|--------------|-------------|-------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| Puntuación en la aplicación del consentimiento informado | Mala | N | 8 | 14 | 5 | 27 |
| | | % | 100,0% | 51,9% | 100,0% | 67,5% |
| | Aceptable | N | 0 | 3 | 0 | 3 |
| | | % | 0,0% | 11,1% | 0,0% | 7,5% |
| | Buena | N | 0 | 10 | 0 | 10 |
| | | % | 0,0% | 37,0% | 0,0% | 25,0% |
| Total | N | 8 | 27 | 5 | 40 | |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Fuente: Guía de Observación al profesional de salud.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 7 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 67.5% (27) tienen una mala puntuación en la aplicación del consentimiento informado, el 25% (10) tienen una buena aplicación y el 7.5% (3) tienen una aceptable aplicación.

Por otro lado, el 100% (8) de los médicos y el 100% (5) de los técnicos en enfermería tienen una mala puntuación en la aplicación del consentimiento informado, esto se debe a que ellos lo aplican de manera incompleta o no lo aplican. Mientras que, el 37% (10) de los enfermeros tienen una buena puntuación en la aplicación en el consentimiento informado, y el 11.1% (3) de los enfermeros tienen una aceptable puntuación.

3.1.1.2. Evaluación del conocimiento sobre el consentimiento informado.

Tabla N° 08

Conocimiento sobre la definición del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación | | | Total |
|--|---|---|-------------------|--------------|-------------|--------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| El consentimiento informado es... | Procedimiento médico formal para aceptación voluntaria y racional | N | 3 | 26 | 0 | 29 |
| | | % | 7,5% | 65,0% | 0,0% | 72,5% |
| | Aceptación o negación del paciente | N | 3 | 1 | 2 | 6 |
| | | % | 7,5% | 2,5% | 5,0% | 15,0% |
| | Se da a conocer los riesgos, beneficios y características de la Institución. | N | 2 | 0 | 3 | 5 |
| | | % | 5,0% | 0,0% | 7,5% | 12,5% |
| | Total | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| Si el paciente recibe más de un tratamiento. | Se elabora por cada tipo de tratamiento o procedimiento | N | 6 | 19 | 2 | 27 |
| | | % | 15,0% | 47,5% | 5,0% | 67,5% |
| | Basta un consentimiento para toda la intervención o tratamiento | N | 0 | 8 | 1 | 9 |
| | | % | 0,0% | 20,0% | 2,5% | 22,5% |
| | Primero los tratamientos luego si es posible se llena el consentimiento informado | N | 2 | 0 | 2 | 4 |
| | | % | 5,0% | 0,0% | 5,0% | 10,0% |
| | Total | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 08 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 72.5% (29) afirman adecuadamente que el consentimiento informado es un procedimiento médico formal para la aceptación voluntaria y racional por parte del paciente, de ellos, el 65% (26) corresponden al profesional de enfermería y 7.5% (3) al profesional médico. Mientras que equivocadamente el 15% (6) afirman que el consentimiento informado es la aceptación o negación del pacientes; asimismo, el 12.5% (5) afirman que el consentimiento informado es para dar a conocer los riesgos, beneficios y características de la institución.

Por otro lado, el 67.5% (27) acertadamente afirman que el consentimiento informado se elabora por cada tipo de tratamiento o procedimiento.

El 22.5% (9) afirman que basta un consentimiento para todo tipo de tratamiento

Tabla N° 09

Conocimiento sobre las características del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal | | | Total |
|--|--|--------|--------------------------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| Las características que debe reunir el consentimiento informado son... | Competencia, voluntariedad, Información y Comprensión | N % | 5 62,5% | 15 55,6% | 0 0,0% | 20 50,0% |
| | Breve, Conciso, Características del hospital y Sintomatología del paciente | N % | 3 37,5% | 11 40,7% | 3 60,0% | 17 42,5% |
| | Descripción de la enfermedad y del tratamiento | N % | 0 0,0% | 1 3,7% | 2 40,0% | 3 7,5% |
| | Total | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |
| La información debe ser.... | Previo al tratamiento, comprensible, resaltando riesgos y beneficios. | N % | 8 100,0% | 26 96,3% | 0 0,0% | 34 85,0% |
| | Claro, para que el personal de salud lo acepte o rechace | N % | 0 0,0% | 1 3,7% | 3 60,0% | 4 10,0% |
| | Entendible aunque esto perjudique al paciente | N % | 0 0,0% | 0 0,0% | 2 40,0% | 2 5,0% |
| | Total | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 09 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 50% (20) afirman que las características que debe reunir el consentimiento informado son la competencia, voluntariedad, información y comprensión del paciente; e. 42.5% (17) afirma que debe ser breve, conciso, indicar las características del hospital y la sintomatología del paciente; sólo el 7.5% (3) afirman que se debe describir la enfermedad y el tratamiento.

Asimismo, del 100% (40) del personal de salud, el 85% (34) afirman que la información debe ser previo al tratamiento, comprensible, resaltando los riesgos y beneficios al paciente; el 10% (4) afirman que el CI debe ser claro para que el personal de salud lo acepte o rechace; y el 5% (2) señalan que la información debe ser entendible aunque esto perjudique al paciente.

Tabla N° 10

Conocimiento sobre las funciones del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital "Félix Mayorca Soto" –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación | | | Total |
|---|---|---|-------------------|--------------|-------------|--------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| La función del consentimiento informado es... | Promover la autonomía del paciente y la racionalidad en la toma de decisiones | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 10 se observa que del 100% (40) del personal de salud; el 100% (8) de los médicos; el 100% (27) de los enfermeros y el 100% (5) de los técnicos en enfermería tienen la misma opinión con respecto a la función del consentimiento informado.

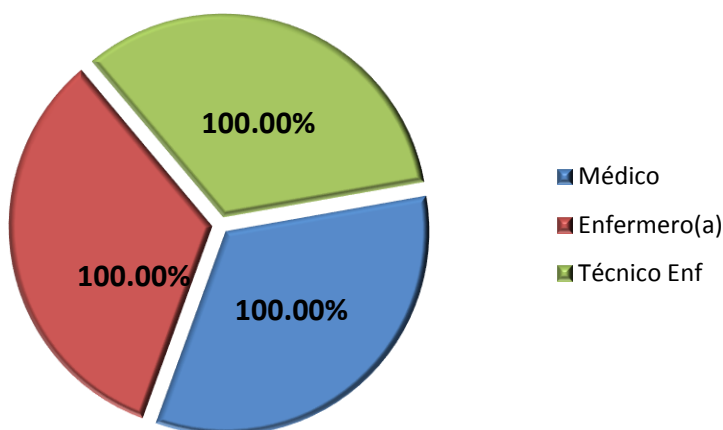


Gráfico N° 01. Conocimiento sobre las funciones del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital "Félix Mayorca Soto" –Huancayo 2015.

Comparando los porcentajes según tipo de ocupación observamos que todos los médicos, Enfermeros y Técnicos en enfermería tienen bien definido que la función del consentimiento informado es promover la autonomía del paciente y la racionalidad en la toma de decisiones.

Tabla N° 11

Conocimiento sobre el contenido del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital "Félix Mayorca Soto" –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal del servicio de emergencia | | | Total |
|---|--|--------|---|--------------|-------------|--------------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| Los contenidos mínimos del consentimiento informado son... | Datos del paciente y del personal de salud que informa | N % | 3 37,5% | 13 48,1% | 1 20,0% | 17 42,5% |
| | Detallar las complicaciones de la enfermedad | N % | 5 62,5% | 14 51,9% | 4 80,0% | 23 57,5% |
| | Total | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |
| En el contenido del consentimiento informado se debe considerar... | Beneficios y riesgos de la intervención | N % | 8 100,0% | 19 70,4% | 1 20,0% | 28 70,0% |
| | La actitud del responsable del tratamiento | N % | 0 0,0% | 8 29,6% | 4 80,0% | 12 30,0% |
| | Total | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |
| Al final del contenido del consentimiento informado se debe considerar... | Fecha y firma del médico, paciente y testigos | N % | 8 100,0% | 23 85,2% | 4 80,0% | 35 87,5% |
| | Firma del paciente y gracias por la intervención | N % | 0 0,0% | 4 14,8% | 1 20,0% | 5 12,5% |
| | Total | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 11 se observa que del 100% (40) del personal de salud, con respecto a los contenidos mínimos del consentimiento informado el 57.5% (23) afirman que se debe detallar las complicaciones de la enfermedad; y el 42.5% (17) señalan que se deben indicar los datos del paciente y del personal de salud que informa.

Con respecto al contenido que se debe considerar en el consentimiento informado, el 70% (28) señalan que deben ser los beneficios y riesgos de la intervención; mientras que, el 30% (12) señalan que debe ser la actitud del responsable del tratamiento.

Con respecto al final del contenido del CI, el 87.5% (35) señalan que debe ir la fecha y firma del médico, paciente y testigos; mientras que, el 12.5% (5) indican que debe ir la firma del paciente y las gracias por la intervención.

Tabla N° 12

Conocimiento sobre los puntos básicos del consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal del servicio de emergencia | | | Total |
|--|---|--------|---|--------------|-------------|--------------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| El consentimiento en los adultos se debe resaltar... | Entender su afección, sus opciones de tratamiento y decidir el tipo de tratamiento a recibir. | N % | 6 75,0% | 24 88,9% | 2 40,0% | 32 80,0% |
| | Comunicar a sus familiares a pesar de estar consciente | N % | 2 25,0% | 3 11,1% | 3 60,0% | 8 20,0% |
| Total | | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |
| Tipos de intervención que necesitan consentimiento informado | La mayoría de las cirugías, procedimientos y exámenes médicos | N % | 8 100,0% | 25 92,6% | 2 40,0% | 35 87,5% |
| | Las emergencias | N % | 0 0,0% | 1 3,7% | 1 20,0% | 2 5,0% |
| | Todas las emergencias y no emergencias. | N % | 0 0,0% | 1 3,7% | 2 40,0% | 3 7,5% |
| | Total | N % | 8 100,0% | 27 100,0% | 5 100,0% | 40 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 12 se observa que del 100% (40) del personal de salud, con respecto a los puntos básicos que se deben resaltar en el consentimiento informado el 80% (32) señala que se debe entender su afección, sus opciones de tratamiento y decidir el tipo de tratamiento a recibir; mientras que, el 20% (8) indican que se debe comunicar a sus familiares a pesar de estar consciente.

Con respecto a los tipos de intervención que necesitan consentimiento informado, el 87.5% (35) indican que deben ser la mayoría de las cirugías, procedimientos y exámenes médicos; el 7.5% (3) señalan todas las emergencias y no emergencias y el 5% (2) mencionan que debe ser sólo las emergencias.

Tabla N° 13

Personal de salud conoce el consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal del servicio de emergencia | | | Total |
|--|----|---|---|--------------|-------------|--------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| El personal de salud define el consentimiento informado | Si | N | 6 | 27 | 0 | 33 |
| | | % | 15,0% | 67,5% | 0,0% | 82,5% |
| | No | N | 2 | 0 | 5 | 7 |
| | | % | 5,0% | 0,0% | 12,5% | 17,5% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| El personal de salud conoce las características del consentimiento informado | Si | N | 8 | 26 | 0 | 34 |
| | | % | 20,0% | 65,0% | 0,0% | 85,0% |
| | No | N | 0 | 1 | 5 | 6 |
| | | % | 0,0% | 2,5% | 12,5% | 15,0% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| El personal de salud conoce la función del consentimiento informado | Si | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| El personal de salud conoce los contenidos del consentimiento informado | Si | N | 8 | 21 | 1 | 30 |
| | | % | 20,0% | 52,5% | 2,5% | 75,0% |
| | No | N | 0 | 6 | 4 | 10 |
| | | % | 0,0% | 15,0% | 10,0% | 25,0% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |
| El personal de salud conoce los puntos básicos a considerarse en el consentimiento | Si | N | 8 | 26 | 1 | 35 |
| | | % | 20,0% | 65,0% | 2,5% | 87,5% |
| | No | N | 0 | 1 | 4 | 5 |
| | | % | 0,0% | 2,5% | 10,0% | 12,5% |
| Total | | N | 8 | 27 | 5 | 40 |
| | | % | 20,0% | 67,5% | 12,5% | 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 13 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 82.5% (33) si define el consentimiento informado, entre ellos el 67.5% (27) de los enfermeros y el 15% (6) de los médicos. Sólo el 17.5% (7) no lo define, entre ellos, el 12.5% (5) corresponde a los técnicos y el 5% (2) a los médicos.

Con respecto a las características del consentimiento informado, el 85% (34) si conocen, entre ellos, el 65% (26) de los enfermeros y el 20% (8) de los médicos. Sólo el 15% (6) desconoce, entre ellos el 12.5% (5) de los técnicos y el 2.5% (1) de los enfermeros.

Con respecto a las funciones que tiene el consentimiento informado, todo el personal al 100% lo conocen.

Con respecto a los contenidos del consentimiento informado, el 75% (30) lo conoce, entre ellos, el 52.5% (21) son enfermeros; el 20% (8) son médicos y el 2.5% (1) son técnicos. Mientras que, el 25% (10) desconocen, entre ellos, el 15% (6) enfermeros y el 10% (4) son los técnicos.

Con respecto a los puntos básicos, el 87.5% (35) del personal tienen conocimiento entre ellos, el 65% (26) de los enfermeros, el 20% (8) son médicos y el 2.5% (1) son los técnicos; mientras que el 12.5% (5) del personal lo desconocen, entre ellos, el 10% (4) son los técnicos y el 2.5% (1) son los enfermeros.

Podemos concluir en líneas generales que la mayor parte del personal de salud tiene conocimiento sobre el consentimiento informado.

Tabla N° 14

Puntuación del conocimiento sobre el consentimiento informado según tipo de ocupación del personal de salud del Hospital "Félix Mayorca Soto" –Huancayo 2015.

| | | | Tipo de ocupación del personal de salud | | | Total |
|---|-----------|--------|---|--------------|-------------|-------|
| | | | Médico | Enfermero(a) | Técnico Enf | |
| Puntuación total del conocimiento sobre el consentimiento informado | Escaso | N | 0 | 0 | 4 | 4 |
| | | % | 0,0% | 0,0% | 80,0% | 10,0% |
| | Aceptable | N | 5 | 9 | 1 | 15 |
| | | % | 62,5% | 33,3% | 20,0% | 37,5% |
| | Bueno | N | 3 | 18 | 0 | 21 |
| | | % | 37,5% | 66,7% | 0,0% | 52,5% |
| Total | N | 8 | 27 | 5 | 40 | |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 14 se observa que del 100% (40) del personal de salud, el 52.5% (21) tienen una buena puntuación total sobre el consentimiento informado, entre ellos, el 66.7% (18) son enfermeros y el 37.5% (3) son médicos.

El 37.5% (15) del personal de salud tienen un conocimiento aceptable, entre ellos, el 62.5% (5) son médicos, el 33.3% (9) son enfermeros y el 20% (1) son los técnicos en enfermería.

El 10% (4) del personal de salud tiene escaso conocimiento sobre el consentimiento informado, de ellos, el 80% (4) son los técnicos en enfermería.

De otra manera podemos concluir que del 100% (8) de los médicos, el 62.5% (5) tienen un conocimiento aceptable y el 37.5% (3) un conocimiento bueno; mientras que del 100% (27) de los enfermeros, el 66.7% (18) tienen conocimiento bueno y el 33.3% (9) es aceptable. Finalmente, del 100% (5) de los técnicos en enfermería, el 80% (4) tienen un escaso conocimiento y sólo el 20% (1) un conocimiento aceptable.

Tabla N° 15

Tabla de contingencia puntuación total del conocimiento sobre el consentimiento informado del personal que labora en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| | | | Servicio en el que trabaja el personal de salud | | | | Total |
|--|-----------|-------|---|---------|---------------|------------|-------|
| | | | Medicina | Cirugía | Traumatología | Emergencia | |
| Puntuación total del Personal de salud que conoce el consentimiento informado | Escaso | N | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| | | % | 2,5% | 5,0% | 2,5% | 0,0% | 10,0% |
| | Aceptable | N | 5 | 4 | 3 | 3 | 15 |
| | | % | 12,5% | 10,0% | 7,5% | 7,5% | 37,5% |
| | Bueno | N | 4 | 5 | 6 | 6 | 21 |
| | | % | 10,0% | 12,5% | 15,0% | 15,0% | 52,5% |
| Total | N | 10 | 11 | 10 | 9 | 40 | |
| | % | 25,0% | 27,5% | 25,0% | 22,5% | 100,0% | |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

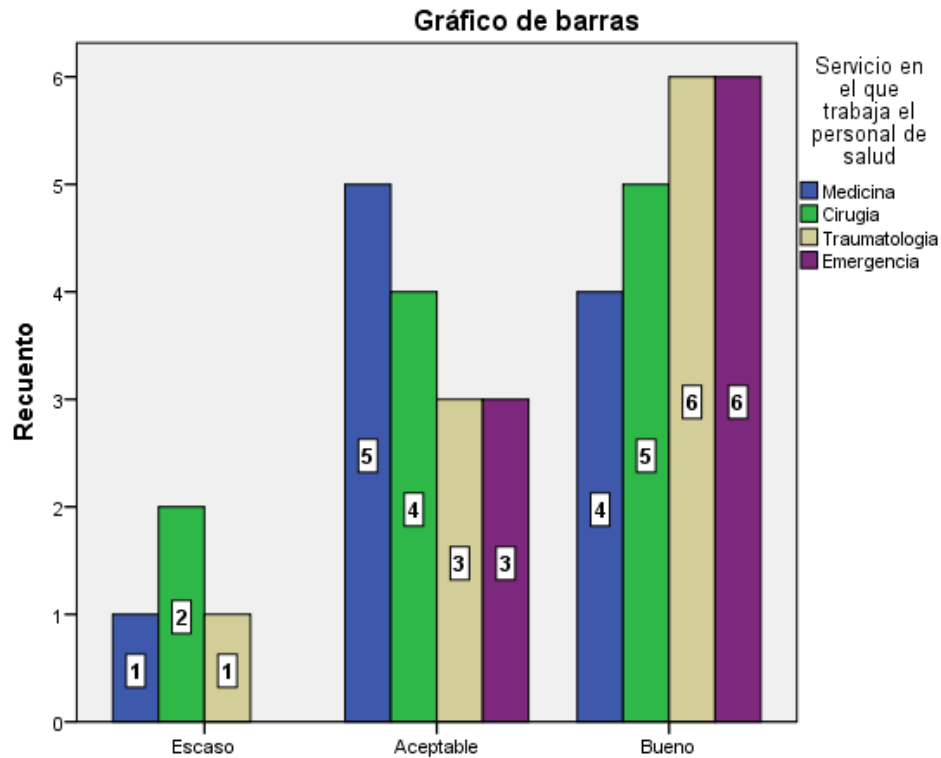


Gráfico N° 02. Tabla de contingencia puntuación total del personal de salud que conoce el consentimiento informado en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital "Félix Mayorca Soto" – Huancayo 2015

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 15 observamos que del 100% (40) del personal de salud, el 52.5% (21) conocen el consentimiento informado con un calificativo de bueno, de ellos el 15% (6) se encuentran en el servicio de emergencia y traumatología, el 12.5% (5) en el servicio de cirugía y el 10% (4) en el servicio de medicina. Asimismo, el 37.5% (15) conocen el consentimiento informado con el calificativo de aceptable, de ellos, el 12.5% (5) son del servicio de medicina, el 10% (4) del servicio de cirugía y el 7.5% (3) de los servicios de traumatología y emergencia.

En el gráfico N° 02 apreciamos que el 10% (4) del personal de salud desconoce o tiene un escaso conocimiento sobre el consentimiento informado, de ellos, el 5% (2) pertenecen al servicio de cirugía, y el 2.5% (1) en los servicios de medicina y traumatología.

Tabla N° 16

Tabla de contingencia puntuación total de la aplicación sobre el consentimiento informado del personal que labora en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| | | | Servicio en el que trabaja el personal de salud | | | | Total |
|---|-----------|---|---|---------|---------------|------------|--------|
| | | | Medicina | Cirugía | Traumatología | Emergencia | |
| Puntuación total del Personal de salud que aplica el consentimiento informado | Mala | N | 6 | 9 | 6 | 6 | 27 |
| | | % | 15,0% | 22,5% | 15,0% | 15,0% | 67,5% |
| | Aceptable | N | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | | % | 0,0% | 0,0% | 5,0% | 2,5% | 7,5% |
| | Buena | N | 4 | 2 | 2 | 2 | 10 |
| | | % | 10,0% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 25,0% |
| Total | | N | 10 | 11 | 10 | 9 | 40 |
| | | % | 25,0% | 27,5% | 25,0% | 22,5% | 100,0% |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

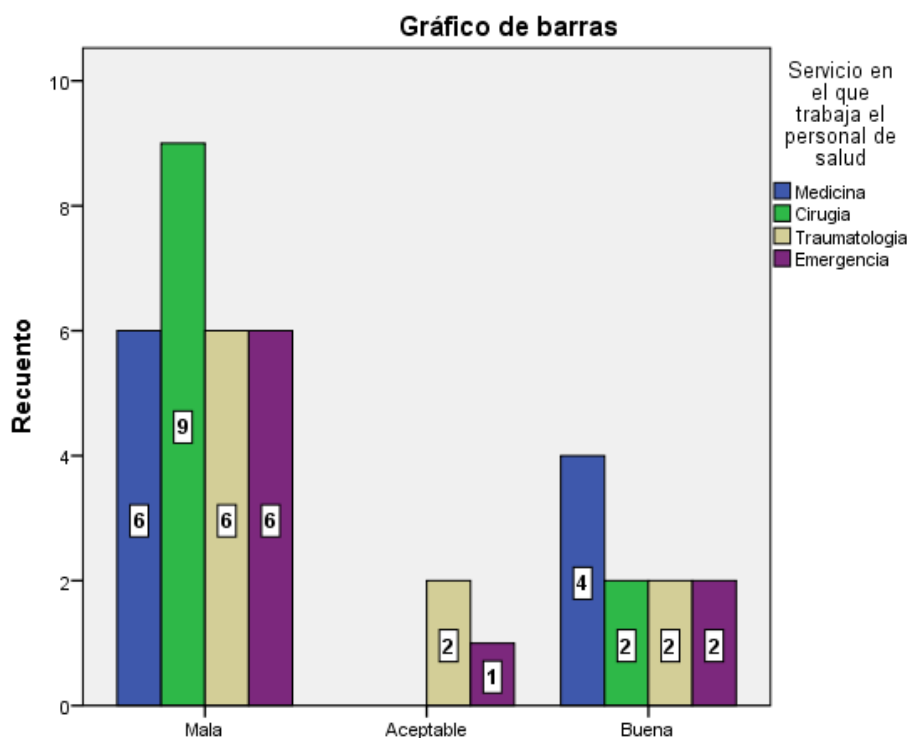


Gráfico N° 03. Tabla de contingencia puntuación total del personal de salud que aplica el consentimiento informado en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 16 observamos que del 100% (40) del personal de salud, el 67.5% (27) tienen una mala aplicación del consentimiento informado, de ellos el 22.5%

(9) se encuentran en el servicio de cirugía y el 15% (6) en los servicios de medicina, traumatología y emergencia.

El 25% (10) del personal de salud aplican el consentimiento informado con un calificativo de bueno, entre ellos, el 10% (4) pertenecen al servicio de medicina, el 5% (2) a los servicios de cirugía, traumatología y emergencia.

Además, el 7.5% (3) tiene una aplicación aceptable del consentimiento informado, entre ellos el 5% (2) son del servicio de traumatología y el 2.5% (1) del servicio de emergencia.

En el gráfico N° 03 observamos con mucha claridad que el servicio de cirugía tiene una mala aplicación del consentimiento informado, esto evidencia una clara negligencia médica, porque no toman en cuenta la decisión del paciente sobre el resultado de su salud luego de una intervención quirúrgica o tratamiento médico como es del caso de medicina, traumatología y emergencia.

Tabla N° 17

Tabla de contingencia puntuación total del conocimiento y la puntuación total de la aplicación sobre el consentimiento informado del personal que labora en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| | | | Puntuación total del Personal de salud que aplica el consentimiento informado | | | Total |
|--|-----------|-------|--|-----------|--------|-------|
| | | | Mala | Aceptable | Buena | |
| Puntuación total del Personal de salud que conoce el consentimiento informado | Escaso | N | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | | % | 10,0% | 0,0% | 0,0% | 10,0% |
| | Aceptable | N | 11 | 0 | 4 | 15 |
| | | % | 27,5% | 0,0% | 10,0% | 37,5% |
| | Bueno | N | 12 | 3 | 6 | 21 |
| | | % | 30,0% | 7,5% | 15,0% | 52,5% |
| Total | N | 27 | 3 | 10 | 40 | |
| | % | 67,5% | 7,5% | 25,0% | 100,0% | |

Fuente: Test al profesional de salud sobre el consentimiento informado.

Análisis e interpretación.

En la tabla N° 17 observamos que del 100% (40) de personas de salud que intervienen en el presente estudio, el 52.5 (21) tienen un buen conocimiento sobre el consentimiento informado, sin embargo de ellos, el 30% (12) tienen una mala aplicación, esto indica una clara negligencia que sabiendo no lo aplican, es decir, no lo quieren hacer, será por la falta de tiempo o por la poca importancia que le dan; el 7.5% (3) tienen buen conocimiento pero su aplicación es algo aceptable; mientras que el 15% (6) del personal de salud, tienen un buen conocimiento y brindan una buena aplicación del consentimiento informado.

Por otro lado, el 37.5% (15) de todo el personal de salud tienen un conocimiento aceptable, de ellos, el 27.5% (11) tienen una mala aplicación del consentimiento informado; sólo el 10% (4) teniendo un aceptable conocimiento brindan una buena aplicación, esto demuestra que aún existen un grupo reducido de personas que ponen de su parte para hacer las cosas bien.

Sin embargo, como es lógico de entender el 10% (4) del personal de salud desconoce o tiene un escaso conocimiento y por lo tanto realizan una mala aplicación del consentimiento informado,

3.1.2. Análisis inferencial de los resultados

Para ello se utilizó la prueba de Kruskal wallis por tratarse de cuatro grupos independientes con variables ordinales.

Planteamiento de la hipótesis.

Hi: El conocimiento se relaciona con la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto”.

Ho: El conocimiento no se relaciona con la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto.

Ha: El conocimiento se relaciona significativamente con la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto”.

Nivel de significación.

Para límites de confianza al 95%, que no se traslapen en la línea divisoria del valor 1, se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 .

Zona de rechazo.

Si alguno de los límites inferior o superior rebasa la línea divisoria del valor 1, se acepta H_0 y se rechaza H_1 .

Aplicación de la prueba estadística.

Tabla N° 18

Prueba de Kruskal-Wallis: Puntuación total del conocimiento comparado con la aplicación sobre el consentimiento informado en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Emergencia del Hospital “Félix Mayorca Soto” – Huancayo 2015.

| Servicio en el que trabaja el personal de salud ^b | | N | Rango promedio | Total | Chi-cuadrado ^a | gl | Sig. asintót. |
|--|---------------|----|----------------|-------|---------------------------|----|---------------|
| Puntuación total que conoce el CI | Medicina | 10 | 18,25 | 40 | 23,881 | 3 | 0,019 |
| | Cirugía | 11 | 18,45 | | | | |
| | Traumatología | 10 | 21,85 | | | | |
| | Emergencia | 9 | 24,00 | | | | |
| Puntuación total que aplica el CI | Medicina | 10 | 22,60 | 40 | 1,345 | 3 | 0,719 |
| | Cirugía | 11 | 17,91 | | | | |
| | Traumatología | 10 | 21,30 | | | | |
| | Emergencia | 9 | 20,44 | | | | |

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Servicio en el que trabaja el personal de salud

Al consultar el valor estadístico en las tablas del valor crítico del X^2 cuadrado con 3 grados de libertad, el valor de $p = 0.05$, se observa un valor de $X^2_t = 7.82$.

Con respecto a la puntuación total del conocimiento sobre el consentimiento informado, $X^2_c = 23.881$, con 3 grados de libertad y un p valor de 0.019, significativamente menor al $\alpha = 0.5$.

Asimismo, con respecto a la puntuación total de la aplicación sobre el consentimiento informado, $X^2_c = 1.345$, con 3 grados de libertad y un p valor de 0.719, significativamente mayor al $\alpha = 0.5$.

Toma de decisiones.

Como el valor de la variable conocimiento (p -valor = 0.019) es menor al $\alpha = 0.05$ se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 .

Mientras que, la variable aplicación sobre el consentimiento informado (CI) tiene un p-valor = 0.719 el cual es mayor al alfa = 0.05 se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 .

Interpretación.

El conocimiento y la aplicación del consentimiento informado en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia; existe una diferencia estadística significativa entre ambas variables, demostrando que el personal de salud tiene conocimientos pero que no lo pone en práctica; es decir, no hay una relación estadísticamente entre el nivel de conocimiento con la aplicación.

3.2. DISCUSIÓN

Los resultados que a continuación se presentan están basados en el objetivo del estudio, representados a través de cuadros estadísticos, los que permiten analizar la distribución de los mismos e interpretarlos de acuerdo a la base teórica.

Presentando a continuación los datos más significativos e importantes de las variables, conocimientos y aplicación del consentimiento informado.

Desde el año 1957 cuando un paciente quedó parapléjico como consecuencia de una aortografía lumbar donde no le advirtieron al paciente sobre sus riesgos, tenemos presente la expresión: “Un médico viola su deber hacia su paciente y es sujeto de responsabilidades si no proporciona cualquier dato que sea necesario para fundamentar un consentimiento inteligente al tratamiento propuesto...” a la fecha estos compromisos no se viene cumpliendo y pareciera ser una utopía. Lo único que sea logrado es que el personal de salud tenga conocimiento del consentimiento informado, pero que lo aplique, eso está muy distante principalmente en el Hospital Félix Mayorca Soto y muy probable también sea en otros nosocomios; nos olvidamos que el paciente también debe ser partícipe en la toma de decisiones de su propia salud salvo que sea en casos de emergencia donde pelagra su vida, estas situaciones debe haber un familiar cercano que tome la decisión por el paciente. Según el sociólogo Charles Bosk⁽¹⁾, las acciones del cirujano deben estar más ligados en cirugía que en la medicina, esta actitud no sucede en este nosocomio; en el servicio de cirugía el 22.5% (9) tienen una mala

aplicación del consentimiento informado a pesar que el 12.5% (5) tienen un buen conocimiento sobre el consentimiento informado. El pronóstico de la salud del paciente sometido a cirugía es más riesgoso que un paciente en el servicio de medicina.

Algo similar observamos en el servicio de medicina a pesar que del 25% (10) del personal de salud, el 10% (4) tienen un buen conocimiento y una buena aplicación; mientras que el 12.5% (5) su conocimiento es aceptable sobre el consentimiento informado el 15% (6) realizan una mala aplicación del consentimiento informado; esto se debe a una notoria negligencia del personal de salud que trabaja en ambos servicios.

Actualmente que vienen ingresando nuevas tecnologías con equipos muy sofisticados, el personal de salud no se encuentra en la capacidad de manipularlo eficazmente utilizándolo en los pacientes como conejos de indias, es por ello que estamos en la necesidad de respetar la voz del paciente. En este caso coincidimos con Ludwig Rydygier ⁽⁶⁾ porque a esta improvisación médica no podemos llamar innovación. Actitud que se observa con mayor frecuencia en el servicio de emergencia, debido a una atención inmediata del paciente por su situación de salud. Caso que coincidimos con el anestesiólogo Beecher⁽¹⁰⁾.

Hoy en día esa actitud paternalista como lo llaman Lugones, García y Hernández, debe cambiar, brindando mayor información al paciente sobre su intervención y su respectiva decisión de someterse a ese tratamiento médico o quirúrgico.

La revisión de los documentos principalmente del consentimiento informado el 40% (16) se encontraban incompletos o con una redacción ilegible (véase tabla N° 06). Es por ello que compartimos con la investigación de Oliva, Bosch, Carballo, Et al. (2001)¹⁹ en llevar a cabo un repaso de la ética y la bioética médica en el Hospital Félix Mayorca Soto de Huancayo.

CONCLUSIONES

- 1 Teniendo como resultado un p valor = 0.719, significativamente mayor al alfa = 0.5; concluimos que no hay una relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia del Hospital.
- 2 La población en estudio estuvo conformado por 40 personal de salud (10 en medicina, 11 en cirugía, 10 en traumatología y 9 en emergencia). El 75% (30) femeninos y el 25% (10) masculinos. Entre ellos, el 20% (8) médicos; el 68.5% (27) enfermeros; el 12.5% (5) técnicos en enfermería. Asimismo, el 57.5% (23) son mayores de 35 años de edad y el 55% (32) tienen más de 18 años de experiencia laboral.
- 3 El nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado del personal de salud de los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia se obtuvo una puntuación con el calificativo de bueno el 52.5% (21), aceptable el 37.5% (15) y de escaso conocimiento el 10% (4).
- 4 El nivel de aplicación del consentimiento informado por el personal de salud en los servicios de medicina, cirugía, traumatología y emergencia durante la atención al paciente, se observó que el 25% (10) tienen una buena aplicación, el 7.5% (3) una aceptable aplicación y el 67.5% (27) una mala aplicación, resaltando este último entre ellos el 100% (8) de los médicos y el 100% (5) de los técnicos en enfermería.

RECOMENDACIONES

- 1** El personal de salud principalmente el profesional médico debe poner en práctica la aplicación del consentimiento informado.
- 2** Solicitar a los principales funcionarios como al director y al responsable del área de capacitación, preparar talleres sobre la importancia del consentimiento informado, principalmente al personal técnico en enfermería para que mejoren sus conocimientos.
- 3** Formar un comité de vigilancia y aseguramiento de la calidad al paciente para que revisen el correcto llenado del consentimiento informado y la entrevista a los pacientes sobre su conformidad en la intervención.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Bosk Ch: Forgive and remember: managing medical failure, ed 2, Chicago, 2003, University of Chicago Press.
- 2 Little M: Invited commentary: Is there a distinctively surgical ethics? Surgery 129:668-671, 2001.
- 3 Jones JW, McCullough LB, Richman BW. El consentimiento informado: no se trata sólo de firmar un formulario. Thorac Surg Clin. 2005; 15: 451-460. doi: 10.1016 / j.thorsurg.2005.06.001
- 4 Guarner V. Trente ans d'expérience avec la fundoplastie postérieure dans le traitement du reflux gastro-oesophagien (analyse de 1499 cas). Chirurgie 1997;122:443-449.
- 5 Diccionario de la Real Academia Española. 12Ed. España. Madrid. 2014.
- 6 Rydygier L. Extirpation des carcinomatösen pylorus. Tod nach zwölf Studen. Deutsche Ztschr Chir 1880;14:252-255.
- 7 Billroth TH. Themes in clinical surgery. Traducida por Dent Ct. London 1881.
- 8 Reitsma AM, Moreno JD. Ethical regulations for innovative surgery: The last frontier? J Am Coll Surg 2002;2002194:792-801.
- 9 Ward CM. Surgical research, experimentation and innovation. Br J Plast Surg 1994;47:90-94.
- 10 Beecher HK. Surgery as a placebo, a quantitative study of bias. JAMA 1961;176:1102-1107.

- 11 Reitsma A. Regulating innovative surgery: The last frontier. US: University of Virginia Graduate School of Arts and Science; 2004.
- 12 Declaration of Hèlsinki (2000). Associació Mèdica Mundial. Principis ètics per a la recerca mèdica amb subjectes humans. *Bioètica & Debat* 2001;6:1-16
- 13 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME): Common program requirements: General competencies, 2014. (<http://www.acgme.org/outcome/comp/GeneralCompetenciesStandards21307.pdf>).
- 14 Hernández R. (2010). Metodología de la Investigación. 5° Ed. McGraw-Hill. Interamericana editores. S.A. México D.F.
- 15 Flores, Victor, Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. Gráfica D&S. E.I.R.L. Lima 2013. Perú.
- 16 Núñez de Villavicencio Porro Fernando. Consentimiento educado vs: Consentimiento informado. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2016 Feb 01] ; 32(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es.
- 17 Castellanos Arcís Miguel L., López Fernández José Manuel, Caballé Ferreiras Mabel, García Alderete Hugo. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Feb 01]; 46(1): Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es)

- 18 Guix Oliver Joan, Balaña Fort Llorenç, Carbonell Riera Joan Miquel, Simón Pérez Rosa, Surroca Macià Rosa Ma., Nualart Berbel Lluís. Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 1999 Nov [citado 2016 Feb 01]; 73(6): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727199900600002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727199900600002&lng=es)
- 19 Oliva Linares José E, Bosch Salado Celia, Carballo Martínez Rosario, Fernández-Britto Rodríguez José E. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2001 Jun [citado 2016 Ene 27]; 20(2):150-158. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002001000200011&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002001000200011&lng=es)
- 20 Rubiera Gerardo, Arbizu Ricardo, Alzueta Ángel, Agúndez Juan José, Riera José Ramón. La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2016 Ene 28] ; 18(2): 153-158. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000200012&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000200012&lng=es)
- 21 Macias Gelabert Alina Mercedes. El consentimiento informado en Pediatría. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2006 Mar

- [citado 2016 Ene 29]; 78(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312006000100008&lng=es.
- 22 Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. [citado 2016 Ene 29]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272006000600004&lng=es.
- 23 Hodelín Tablada Ricardo, Fuentes Pelier Damaris. Notes on the discussion about informed consent. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Ene 28]; 15(3): 290-292. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000300003&lng=es.
- 24 Bórquez E Gladys, Raineri B Gina, Bravo L Mireya. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2004 Oct [citado 2016 Ene 26]; 132(10):1243-1248. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004001000013&lng=es
- 25 Núñez de Villavicencio Porro Fernando. Consentimiento educado vs: Consentimiento informado. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2016 Ene 26]; 32(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000400011&lng=es.

- 26 Julio César Galán Cortés' Doctor en Medicina. Abogado. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Universidad de Oviedo. España. Plaza del Sei- de Agosto, 9-5X. 33206 Gijón, España. e-mail: galan@airastur.es Presentado: 15/10/98 Aceptado: 20/1 V98
- 27 Simón P, Barrio I.M., Sánchez C.M., Tamayo M.I., Molina A., Suess A. et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2016 Ene 20]; 30(2): 191-198. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300003&lng=es.
- 28 Montenegro Surís Alexander, Monreal Agüero Magda Elaine. Revisión del procedimiento del consentimiento informado por los comités de ética de la investigación clínica. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2016 Ene 25] ; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3002007000200010&lng=es.
- 29 Amaro Chelala José Raúl, González Revuelta María E.. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 1998 Jun [citado 2016 Feb 03] ; 27(1): 54-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65571998000100010&lng=es.

- 30 ZAVALA, Salomón et al . Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. An. Fac. med., Lima, v. 71, n. 2, abr. 2010. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000200007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 feb. 2016.
- 31 Cañete Roberto, Guilhem Dirce, Brito Katia. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta bioeth. [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Feb 01]; 18(1): 121-127. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000100011&lng=es.
- 32 REVILLA LAZARTE, Diana E; FUENTES DELGADO, Duilio J. La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. Acta méd. peruana, Lima, v. 24, n. 3, sept. 2007. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000300014&lng=es&nrm=iso>. accedido en 03 feb. 2016.
- 33 CASTRO MALDONADO, Betty et al. Evaluación de la calidad de estructura y contenido de los formatos de consentimiento médico informado de los hospitales de la Región Lambayeque. Marzo-junio 2010. Acta méd. peruana, Lima, v. 27, n. 4, oct. 2010 . Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 19 feb. 2016.
- 34 Baranowski (1995). Modelo. Diseminación de la información o Conocimientos – Actitudes – Prácticas.

ANEXOS



Universidad Nacional
"Hermilio Valdizán"



Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO N° 01
CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS DEL
PERSONAL DE EMERGENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Nivel de conocimiento y la práctica del consentimiento informado en el personal de salud del Hospital Félix Mayorca Soto".

INSTRUCCIONES. Señor(ta) encuestador(a), en esta primera parte que corresponde a sus características generales, sírvase registrar mediante un aspa (X), la respuesta emitida por el personal de salud en los paréntesis correspondientes o llenar los espacios en blanco.

Gracias por su colaboración.

I. ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género

- Masculino ()
Femenino ()

2. ¿Cuántos años tienes usted?

- 25 - 30 ()
35 - 40 ()
45.- 50 ()
50 a más ()

3. ¿Cuál es su tipo de ocupación?

- Médico. ()
Enfermero/a ()
Técnico en Enfermería ()

4. ¿En qué servicio labora?

- Medicina. ()
Cirugía ()
Traumatología ()
Emergencia ()

5. ¿Cuántos años de servicio tiene?

_____ Años.



Universidad Nacional
"Hermilio Valdizán"



Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO N° 02

GUIA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE SALUD

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Nivel de conocimiento y aplicación del consentimiento informado por el personal de salud del Hospital Félix Mayorca Soto" Se realizará la observación directa por 10 minutos a cada personal del servicio de emergencia, para comprobar en la práctica la aplicación del consentimiento informado.

CLASIFICACIÓN: sumar los puntos de los ítems y colocar el resultado obtenido según corresponda su clasificación.

- 0 punto = no aplica.
- 1 puntos = si aplica.

Gracias por su colaboración.

| ASPECTOS A EVALUAR | | Punto |
|---|---|-------|
| I. Dimensión: Aplicación del consentimiento informado. | | |
| 1 | Pacientes con consentimiento informado a. () Paciente firma el consentimiento informado. b. () Otra persona firma el consentimiento informado. c. () No hay consentimiento informado. | |
| II. Dimensión: Nivel de información. | | |
| 2 | Pacientes explican lo que esperan que suceda del procedimiento, a.() Pacientes conocen claramente lo que sucederán con la intervención . b.() Pacientes tienen duda de la intervención. c.() Pacientes no saben lo que sucederá luego de la intervención. | |
| III. Dimensión: Explican adecuadamente el procedimiento. | | |
| 3 | Pacientes conocen todo el proceso de atención a) () Paciente conoce todo el proceso de atención. b) () Paciente conoce parte del procedo de atención, c) () Paciente desconoce el proceso de atención. | |
| IV. Dimensión: Aplican el consentimiento en todo procedimiento (incluyendo los procedimientos invasivos) | | |
| | Pacientes con consentimiento informado de procedimientos invasivos a) () Paciente conoce todo el proceso de atención. b) () Paciente conoce parte del procedo de atención, c) () Paciente desconoce el proceso de atención. | |
| PUNTUACION TOTAL | | |



Universidad Nacional
"Hermilio Valdizán"

Código:



Fecha: ----/----/---

ANEXO N° 03

TEST SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Nivel de conocimiento y aplicación del consentimiento informado por el personal de salud del Hospital Félix Mayorca Soto".

INSTRUCCIONES: Estimado/a amigo(a) personal de salud marcar sólo una alternativa de cada pregunta Sr. evaluador, sírvase evaluar mediante un puntaje, las respuestas en los ítems correspondientes. La precisión de sus registros en la columna punto será de mucho valor.

Para su medición se consideró:

- 0 punto = desconoce.
- 1 puntos = conoce.

Gracias por su colaboración

| ASPECTOS A EVALUAR | Punto |
|--|-------|
| I. Dimensión: Definición del consentimiento informado. | |
| 1) El consentimiento informado es: a) () El procedimiento medico formal para obtener la aceptación voluntaria del paciente de manera libre, racional luego de recibir información. b) () La aceptación o negación del paciente. c) () Un documento en el que se da a conocer los riesgos, beneficios y características de la institución. | |
| PUNTUACION TOTAL | |
| 2) ¿Qué haría Ud. si una persona recibe más de un tratamiento? a) () Se elaboraría un consentimiento por separado para cada tipo de tratamiento o procedimiento. b) () Basta un consentimiento informado para toda la intervención o tratamiento. c) () Primero está la salud del paciente, dar todos los tratamientos posibles y al final si es posible se elabora el consentimiento informado. | |
| PUNTUACION TOTAL | |

| ASPECTOS A EVALUAR | Punto |
|--|-------|
| II. Dimensión: Características del consentimiento. | |
| 3) Las características que debe reunir el consentimiento informado son: a) () Competencia, Voluntariedad, Información y Comprensión. b) () Breve, Conciso, Características del hospital y sintomatología del paciente. c) () Descripción de la enfermedad y del tratamiento. | |
| PUNTUACION TOTAL | |
| 4) La información debe ser: | |

| | | | |
|-------------------------|-----|--|--|
| a) | () | Previo al tratamiento, comprensible, resaltando riesgos y beneficios. | |
| b) | () | Suficientemente claro para que el personal de salud lo acepte o rechaze. | |
| c) | () | Entendible aunque esto perjudique al paciente. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |

| ASPECTOS A EVALUAR | | | Punto |
|--|-----|--|-------|
| III. Dimensión: Funciones del consentimiento. | | | |
| 5) La función del consentimiento es: | | | |
| a) | () | Promover la autonomía del paciente y la racionalidad en la toma de decisiones. | |
| b) | () | Proteger a los familiares y sujetos de experimentación. | |
| c) | () | Alentar la evaluación por el personal de salud. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |

| ASPECTOS A EVALUAR | | | Punto |
|--|-----|--|-------|
| IV. Dimensión: Contenidos del consentimiento. | | | |
| 6) Los contenidos mínimos del consentimiento son: | | | |
| a) | () | Datos del paciente y personal de salud que informa. | |
| b) | () | Detallar las complicaciones de la enfermedad. | |
| c) | () | Domicilios de paciente y del establecimiento de salud. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |
| 7) En el contenido se debe considerar: | | | |
| a) | () | Beneficios y riesgos de la intervención. | |
| b) | () | La actitud del responsable del tratamiento. | |
| c) | () | La relación de profesionales que intervendrán en el tratamiento. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |
| 8) Al final del contenido se debe considerar: | | | |
| a) | () | Fecha y firma del médico, paciente y testigos. | |
| b) | () | Firma del paciente y gracias por la intervención. | |
| c) | () | Observaciones de la intervención. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |

| ASPECTOS A EVALUAR | | | Punto |
|--|-----|---|-------|
| V. Dimensión: Puntos básicos a considerarse en el consentimiento. | | | |
| 9) El consentimiento en los adultos se debe resaltar: | | | |
| a) | () | Entender su afección, sus opciones de tratamiento y decidir el tipo de tratamiento a recibir. | |
| b) | () | Comunicar a sus familiares a pesar de estar consciente. | |
| c) | () | La firma del paciente. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |
| 10) ¿Qué tipos de intervención necesitan consentimiento informado?: | | | |
| a) | () | La mayoría de las cirugías, procedimientos y exámenes médicos. | |
| b) | () | Las emergencias. | |
| c) | () | Todas las emergencias y no emergencias.. | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Por medio del presente acepto participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación titulada "Nivel de conocimiento y aplicación del consentimiento informado por el personal asistencial del Servicio de Emergencia del Hospital Félix Mayorca Soto"

El objetivo del estudio es: Relacionar el conocimiento con la práctica sobre la Ética por parte del personal de salud que labora en el Hospital Félix Mayorca Soto.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder el cuestionario que es instrumento del mencionado estudio. Que consiste en realizar un test y participar en la investigación

Los investigadores responsables se han comprometido a aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte a la investigación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Tarma, Noviembre del 2015.

Nombre:

Firma:

DNI:



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

ANEXO N° 05

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD



Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y, eventualmente, las autoridades de la universidad tengan acceso a los instrumentos que se va aplicar comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (aspectos sociodemográficos, test y guía de observación) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado para el proyecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades universitarias. De acuerdo con las normas de la universidad, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Responsables de la investigación