



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Papel enfermero en la evaluación de la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones clínicas”

Inés Gorosabel Armengol

Fecha: 26/05/2014

Trabajo Fin De Master

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar agradecer a mi tutora Isolina su dedicación y la confianza puesta en mí desde el primer momento y en todas las transformaciones que se han dado a lo largo de este tiempo en este trabajo. Por dejar que me iniciara en el mundo de la investigación a través de este tema que tanto me gustaba.

Mis agradecimientos también se dirigen a todos aquellos que lo han hecho posible, al personal de medicina y de enfermería que contribuyeron a rellenar los formularios y sobre todo al personal de enfermería de Cirugía Ortopédica y Traumatología por su acogida y por sus aportaciones. También a los residentes de medicina en Urgencias por todo su entusiasmo.

A Isa, por entender mi idea desde el primer momento en el que se la comenté.

Por último, a mis padres, por escucharme cada día durante meses hablar sobre este proyecto, en mis buenos momentos y en los que dejé de confiar en mi misma. Gracias por estar en todo momento ahí. Este trabajo es también de ellos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y PALABRAS CLAVE	8
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	9
3. CONSIDERACIONES LEGALES	15
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. METODOLOGÍA	21
5.1. TIPO DE ESTUDIO	21
5.2. HIPÓTESIS VERDADERA	21
5.3. HIPÓTESIS NULA	21
5.4. OBJETIVO PRINCIPAL	21
5.5. OBJETIVOS SECUNDARIOS	21
5.6. SUJETOS DEL ESTUDIO	22
5.6.1. PRIMERA FASE	22
5.6.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
5.6.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
5.6.2. SEGUNDA FASE	23
5.6.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
5.6.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
5.7. MATERIAL Y MÉTODO	24
5.7.1. ENCUESTAS A MÉDICINA Y ENFERMERÍA	24
5.7.2. HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	24
5.7.3. CUESTIONARIO PFEIFFER	25
5.7.4. PROCESO DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA: TAXONOMÍA NANDA II	26

5.7.5. LAS UNIDADES DE MEDICINA INTERNA	27
5.7.6. PROCEDIMIENTO	27
6. RESULTADOS	30
6.1. DATOS COMUNES	31
6.2. DATOS SOBRE EL PERSONAL ENFERMERO	36
6.3. DATOS SOBRE EL PERSONAL MÉDICO	39
7. DISCUSIÓN	43
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	45
9. CONCLUSIONES	47
10. BIBLIOGRAFÍA	48
11. ANEXOS	53
11.1. ANEXO I: ENCUESTA DIRIGIDA A MEDICINA	53
11.2. ANEXO II: ENCUESTA DIRIGIDA A ENFERMERÍA	57
11.3. ANEXO II: HOJA DE VALORACIÓN ENFERMERA	60
11.4. ANEXO IV: ESCALA PFEIFFER. VERSIÓN ESPAÑOLA	63
11.5. ANEXO V: DOMINIO 1: MANEJO DE LA SALUD	64
11.6. ANEXO VI: DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN	69
11.7. ANEXO VII: PERMISO DE DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	77
11.8. ANEXO VIII: PERMISO DE DIRECCIÓN DE MEDICINA	78

1. INTRODUCCIÓN

Valorar la capacidad de nuestros pacientes para tomar decisiones sobre su estado de salud resulta una tarea difícil. Sujeta a la subjetividad, a la escasez de métodos, al ambiente en el que se desarrolla el enfermo o a las habilidades de los profesionales, se trata de una tarea todavía pendiente.

En nuestra actividad profesional se puede ver a diario descontento entre pacientes y familiares sobre la información recibida, así como un gran desconocimiento por parte del usuario sobre el proceso de su enfermedad, ya sea por unas habilidades cognitivas disminuidas, factores emocionales o factores físicos.

De aquí surgen infinidad de preguntas, entre ellas: cómo se debe valorar el estado del paciente para recibir una información sobre su enfermedad, cómo dar esa información, en qué medida...

Este estudio pretende recabar información sobre este tema entre los profesionales. Se cree necesario reflexionar sobre los métodos existentes para la medición del grado de comprensión y capacidad de decisión del paciente y especialmente resaltar la figura de enfermería a través del empleo de la metodología científica enfermera.

PALABRAS CLAVE

Capacidad, toma de decisiones, información.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La relación paciente y profesional de la salud ha ido cambiando a lo largo de los últimos años. Hemos pasado de una atención paternalista a una atención en la que el paciente demanda más protagonismo, conoce sus derechos y se sabe dueño de su salud, por ello reclama más información y mayor autonomía en la toma de decisiones. La jerarquía de hace unas décadas se va disipando (1).

La psicología humanista que surgió en el siglo XX, tiene como referente a Carl Rogers quien introduce la terapia centrada en el cliente; ésta define algunos términos, de los cuales cabe destacar el interés que debe poner el profesional en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona y la atención a las características específicamente humanas como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización (2). Establece dos conceptos, el de “paciente” que permanece pasivo en el proceso asistencial, e instaura el segundo concepto, el de “cliente”, el que refleja responsabilidad y libertad y se muestra activo en su proceso asistencial (3).

En las décadas de los sesenta y setenta comenzó en Estados Unidos un movimiento de reivindicación en íntima relación con los derechos de los pacientes y que culminó en 1973 con la primera Carta de los derechos de los pacientes promulgada por la Asociación Americana de Hospitales. A partir de este modelo, se fueron inspirando el resto (4).

Michael Balint instauró en esta década el concepto de medicina centrada en el paciente y no en la enfermedad, como venía siendo hasta ese momento.

En este nuevo concepto se pretende buscar un diálogo entre el profesional y el usuario, establecer una comprensión de la persona en toda su integridad teniendo en cuenta las circunstancias que le rodean (5).

En marzo de 1977, tres autores de la Universidad de Pittsburg en Pensilvania (EE.UU), publican en el American Journal of Psiquiatric el primer trabajo centrado exclusivamente en el problema de la valoración de la capacidad de los pacientes en materia de salud- enfermedad. En dicho trabajo revisaron los test de capacidad empleados en el ámbito jurídico y en el ámbito hospitalario. De esta forma, los autores del estudio, L. H. Roth, A. Meisel y C.W. Lidz, incluyeron diferentes criterios y escalas, destacando el balance riesgo/beneficio o Escala Móvil que determinaba que el paciente no disponía de la misma capacidad siempre, sino que esta dependía de su situación cambiante, así como el tipo de propuesta que se le planteaba (6,7,8).

El psiquiatra Paul S. Appelbaum a lo largo de la década de los 80 se interesó en este tema junto con Lores H. Roth, destacando la importancia de la figura de los psiquiatras. Ambos instauraron en 1982, los cuatro criterios claves de evaluación de la capacidad (9):

- El sujeto expresa una decisión.
- El sujeto comprende realmente los problemas más relevantes del estudio.
- El sujeto maneja racionalmente la información adecuada.
- El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra.

Tales criterios han sido de gran trascendencia en la evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones, así como también

constituyeron los Criterios y puntuaciones de *MaArthur Competence Assessment Tool*, de la mano de Thomas Grisso y Pau S Appelbaum en 1988, uno de los procedimientos más sencillos y empleados posteriormente (10).

A finales de los años ochenta, especialistas en neurología como Michael P. Alexander, se hicieron hueco entre los psiquiatras en la función de valoración de tales capacidades (11). Y a principios de los 90, se crearon las Áreas cognitivas relevantes para una evaluación adecuada de la capacidad de un paciente según Freedman, Stuss y Gordon, los cuales incluían la Atención, el Lenguaje, la Memoria y las Funciones del Lóbulo Frontal (12).

En el mundo anglosajón, los siguientes años consistieron en el diseño y elaboración de protocolos, trabajando conjuntamente tres áreas de la Medicina: Psiquiatría, Geriátrica y Neurología (13, 14, 15). Algunos de estos son: *Capacity Assessment Tool*, *Capacity to Consent to Treatment Instrument* y el protocolo *Aid to Capacity Evaluation (ACE)*. Este último ha sido recientemente validado en España en 2014 por la doctora Sandra Moraleda junto con el Doctor Pablo Simón.

Hasta ahora, en nuestro país sólo contábamos con el “Documento Sitges”. Tal protocolo se basaba en la Técnica Delphi y estaba formado por expertos en el ámbito de las demencias, destacando geriatras, neurólogos, trabajadores sociales, psicólogos, abogados, entre otros. El objetivo del estudio era valorar la capacidad de decisión de los usuarios en seis ámbitos diferentes, y diversas subdivisiones del sistema neurológico que intervienen en la toma de decisiones. El “Documento Sitges” es considerado en la actualidad de escasa validez, siendo distorsionado por la gran subjetividad que subyace de la opinión de los que lo conforman, aunque sean expertos en la materia (16).

Una de las escalas más empleadas en España en la actualidad es el *Minimal Test de Folstein*, validado por Antonio Lobo, y conocida como “Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo”, muy útil en personas mayores, aunque no determina tampoco de manera concreta la capacidad del paciente a evaluar, aunque sí su situación cognitiva (17).

Llegados a este punto nos preguntamos si la enfermera juega algún papel en la valoración de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones acerca de su salud. Existen pocos estudios sobre el tema, pero la respuesta suele ser afirmativa.

A partir de 1973 en EEUU, con la Promulgación de la primera Carta de los Derechos de los Pacientes, y a lo largo de los siguientes años se produjo la instauración del modelo de la enfermera como “representante de los pacientes” de la mano de George Annas (1). Tal idea tuvo gran éxito y llegó a decirse que “la autonomía del paciente era una continuación de la autonomía de la enfermera”. Posteriormente se incorporó al Código de Ética de la American Nurses Association (ANA) en 1976.

Ha sido la influencia de las corrientes norteamericanas lo que permitió su extensión por el resto de los países occidentales, influyendo en el Código Británico del Royal College of Nursing y en enunciados del Código Internacional de Enfermeras. Se incluye también en España en 1989 el Código Deontológico de la Enfermería Española, el cual también se empapó de estos aires de cambio. El concepto de “cuidar” era más amplio, la enfermera era fundamental para asegurar la obtención del consentimiento informado y para ello debía poner en marcha una serie de habilidades de comunicación y mecanismos de ayuda para el paciente (18, 19).

Teóricas enfermeras como Virginia Henderson, Hildegard Peplau y Dorothea E. Orem, destacan la importancia de que el paciente potencie su autonomía y tenga el máximo control sobre su situación en todos los niveles no sólo físicos, sino también en los psíquicos y morales.

Existen discrepancias acerca de la participación de la enfermera en la intervención en el proceso del consentimiento informado. Algunos autores como J. Davis, bioeticista norteamericana, defiende que la enfermería debe ser partícipe de este proceso únicamente en las situaciones que atañen a sus competencias profesionales. Otros sin embargo, consideran que se trata de un proceso integral que requiere de una atención multidisciplinar. Lo que sí parecen tener claro la gran mayoría de los estudios es que la enfermera tiene siempre algo que aportar, justificado por una relación más continuada y extendida en el tiempo con el paciente. Éstos tienden a exponer sus dudas, miedos y su estado anímico a la enfermera (20,21).

Estudios recientes como el “Consentimiento informado y la Calidad Asistencial en Enfermería” publicado en 2005 por miembros del Hospital General Universitario de Valencia, llevaron a cabo un estudio acerca de la percepción de un grupo de pacientes ante una atención multidisciplinar médico-enfermera en el proceso de información, frente a otro grupo que fue informado por el sistema tradicional. Los resultados concedieron a la enfermera un papel importante entre los miembros de equipo. (22)

Una gran referente sobre el tema es Pilar Rodríguez Rodríguez presidenta de la Fundación “Pilares para la Autonomía Personal”. Ha instaurado los principios rectores para la atención integral a las personas con dependencia, que bien pueden adaptarse a toda persona adulta con mayor o menor grado de

dependencia. Destacó fundamentalmente la autonomía, la independencia, la competencia y la participación.

La competencia es definida por Pilar Rodríguez en los siguientes términos: Las personas mayores tienen capacidades, con independencia de los apoyos que precisen, para desarrollar, en mayor o menor grado, actuaciones competentes”; y la participación como “Las personas mayores tienen derecho a estar presentes en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida” (23).

3. CONSIDERACIONES LEGALES:

La Ley 14/1986 del 25 de abril General de Sanidad (24) tiene como objeto hacer realidad el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española.

En el artículo 10 del capítulo 1 del Título I de dicha ley, cita que todo usuario tiene derecho “a la información sobre los servicios sanitarios a que pueda acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso”, “ a que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”, “a la libre elección entre las opciones que le presente al responsable médico en su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención”. Y como excepción cita, entre otras “cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a los familiares o personas a él allegados”

Llegados a este punto se presenta la necesidad de una valoración exhaustiva para conocer las capacidades y competencias de nuestro paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta, citado en la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril, que todo usuario tiene el derecho “a participar a través de las instituciones comunitarias en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que se desarrollen”. Dicho enunciado nos invita a potenciar la autonomía del paciente en el caso que así lo permita la situación global de éste.

El instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (25), también describe las premisas citadas en la ley 41/2002 de 14 de noviembre acerca del derecho a recibir información y expone “Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.”

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (26) es la máxima expresión legal acerca del manejo de la información en pacientes en los que exista ambigüedad en la definición de sus capacidades.

Los principios básicos del artículo 2 del capítulo I de dicha ley recoge la necesidad de respetar la autonomía del paciente en toda acción encaminada a transmitir la información. Toda actuación requerirá previamente el consentimiento del paciente a través del cual el usuario recibirá la información adecuada; y hace especial mención a la obligación de todo profesional de informar y documentar clínicamente toda técnica prestada, con previa libertad de elección por parte del paciente.

Dicha Ley dedica su Capítulo II al Derecho a la información sanitaria. En el artículo 4 se puede resumir que los pacientes tienen el derecho de conocer toda la información disponible sobre su proceso asistencial, salvo excepciones de la Ley, así como el derecho a no ser informada. Importante destacar que la información “se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades” Todos los profesionales implicados serán responsables de informar bajo estas de premisas.

El Artículo 5 cita “El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”. “Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”

El respeto de la autonomía del paciente viene recogido en capítulo IV. Es importante tener en cuenta el Artículo 9 acerca de “Los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación”. Dicho artículo presenta información relevante acerca de nuestras obligaciones fundamentales a llevar a cabo ante un paciente con la capacidad y competencias alteradas para tomar decisiones, aunque no facilita información sobre cómo llegar a calificar dichas carencias a nuestros pacientes.

Centrándonos en el usuario adulto “El consentimiento por representación será dado cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, o su estado

físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación “y “cuando el paciente esté incapacitado legalmente”.

Una vez más, la legislación apoya la máxima participación y autonomía del paciente citando que “La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”.

4. JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad, y basándonos en las leyes vigentes así como en los aspectos éticos de nuestra profesión, el respeto a la autonomía del paciente resulta un aspecto fundamental. Para ello debemos conocer cómo evaluar sus capacidades y competencias con respecto a su estado de salud, ya que la firma del consentimiento informado dejaría de tener valor cuando el paciente está incapacitado. A veces el paciente presenta una alteración en su capacidad para decidir, aún en ese caso debemos mantener los canales de comunicación abiertos para obtener información sobre sus preferencias y conocer el grado de comprensión promoviendo la participación en la medida que sea posible (27).

Si nos centramos en España, la gran mayoría de centros de atención primaria y especializada no poseen protocolos escritos para evaluar dicha capacidad. Los profesionales sanitarios tanto de medicina como de enfermería podrían verse desprotegidos o desinformados acerca de cómo llevar a cabo una valoración de su paciente. El juicio acerca de la capacidad del paciente no es de certeza científica. Los profesionales parecen basarse en el sentido común y la experiencia profesional que poseen (28).

Como se ha descrito, existen escalas que pueden ayudar a ello, pero no son específicas para la valoración de las capacidades de decisión, y en otras ocasiones también dan datos influenciados por la subjetividad.

Enfermería tiene mucho que aportar al respecto. Algunos estudios redactan las actividades de la enfermera para colaborar junto al médico en la obtención del consentimiento informado. Algunas de ellas son la evaluación de la cantidad de información que el paciente ha recibido, la valoración de la comprensión real

de la información, la detección de aspectos que no han quedado clarificados, así como la manera en la que influye la información en el estado emocional del paciente (29,30).

La enfermera previamente puede valorar otros aspectos a través de la Taxonomía NANDA II. El empleo de la metodología enfermera permite una comunicación entre los profesionales de mayor calidad, evita omisiones y repeticiones, facilita la continuación de los cuidados y además favorece la participación del paciente. Todo ello implica una mejora de la calidad asistencial (31). La calidad percibida por los usuarios es mayor cuando el paciente detecta una información adecuada por parte de los profesionales que le atienden (32).

La revisión bibliográfica de actualidad consultada nos invita a conocer el grado de conocimiento e implantación de cuestionarios y escalas de valoración de las capacidades de los pacientes en la toma de decisiones y la implementación en sus unidades, a conocer el grado de importancia que tiene la enfermera en este caso y a la necesidad de contribuir, en la medida de lo posible, a través de Enfermería, en la evaluación de la capacidad de sus pacientes empleando métodos científicos, y que a la vez sirva de guía para todos los profesionales implicados.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo observacional y transversal.

5.2. HIPÓTESIS VERDADERA:

En nuestro medio, el grado de evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud difiere del propuesto según los estándares éticos y el derecho de autonomía personal.

5.3. HIPÓTESIS NULA

En nuestro medio, el grado de evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud no difiere del propuesto según los estándares éticos y el derecho de autonomía personal.

5.4. OBJETIVO PRINCIPAL:

Mejorar la evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones en el medio hospitalario de acuerdo con las normas éticas y legales vigentes.

5.5. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Conocer la autopercepción de médicos y enfermeros acerca de la dificultad para valorar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud.

- Conocer la opinión de médicos y enfermeros sobre una atención conjunta en el momento de transmitir la información.
- Averiguar la calidad de la formación previa acerca de la valoración de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud.
- Diseñar un plan de cuidados a partir de una hoja de valoración de enfermería en un hospital de tercer nivel que facilite la evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud.

5.6. SUJETOS DEL ESTUDIO:

5.6.1. Primera fase:

Durante el proceso de recogida de datos a través de las encuestas elaboradas, participaron personal de enfermería y medicina de diferentes servicios del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y del Hospital Monte Naranco.

5.6.1.1 Criterios de inclusión:

- Enfermeros/as y médicos/as en posesión de la categoría profesional que les habilita para ello y que ejercen su profesión en la actualidad en el medio hospitalario.

5.6.1.2. Criterios de exclusión:

- No estar en posesión de la categoría profesional de enfermero/a y medico/a y no ejercer la profesión en la actualidad en el medio hospitalario.

5.6.2. Segunda fase:

Para la implementación de una hoja de valoración de enfermería con enfermeros y enfermeras trabajadores de los Servicios de Medicina Interna del HUCA situados en la tercera, cuarta y quinta planta Este.

Se trata de veinticuatro enfermeros/as, tres supervisores/as y una coordinadora. En este servicio existen tres turnos. Un turno de mañana, otro de tarde y uno de noche.

5.6.2.1. Criterios de inclusión:

- Enfermeros/as que trabajen en el Servicio de Medicina Interna del HUCA.
- Estar en posesión de la categoría profesional de Enfermería.

5.6.2.2. Criterios de exclusión:

- No cumplir con los requisitos citados con anterioridad.

5.7. MATERIAL Y MÉTODO

5.7.1. ENCUESTAS A MÉDICINA Y ENFERMERÍA

En primer lugar se elaboraron dos encuestas dirigidas a médicos y enfermeros de los diferentes servicios del HUCA y del Hospital Monte Naranco. (ANEXO I y ANEXO II). Se obtuvo el permiso de Dirección Médica y Dirección de Enfermería del hospital HUCA previo a su administración. (ANEXO VII Y ANEXO VIII) y su cumplimentación fue de carácter voluntario.

Los resultados se trataron de acuerdo a las consideraciones éticas y legales vigentes así como preservando el anonimato.

La encuesta dirigida a médicos constaba de nueve preguntas cerradas y una de ellas con opción a respuesta libre. La encuesta dirigida a enfermería constaba de once preguntas con respuesta cerrada incluyendo también una opción con respuesta libre. Ambas encuestas contenían un apartado de variables socio- demográficas.

Los datos obtenidos de las encuestas se analizaron mediante el programa Excel.

5.7.2. HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

A partir de la información que nos aporta el análisis de datos de las encuestas se elaboró una hoja de valoración y recogida de datos de enfermería que constituye la primera etapa del proceso enfermero (ANEXO III).

Dicha hoja de valoración consta de once preguntas todas con opción de respuesta cerrada y una con respuesta abierta. Se trata de una entrevista en el momento del ingreso. La entrevista es un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre los aspectos de salud que considera relevantes. También es fundamental la observación para reunir toda la información necesaria sobre el usuario, la familia y el entorno en el que se desenvuelven las relaciones (33). Esta hoja se incluirá en la historia clínica del paciente a su ingreso. Las preguntas son una guía que permitirá detectar éstos y otros problemas relacionados, por tanto puede llevarse a cabo a través de preguntas abiertas que permitan recabar el máximo posible de información, pero con unos puntos concretos a seguir que impidan la divagación.

5.7.3. CUESTIONARIO PFEIFFER

Además se incluye el Cuestionario Pfeiffer (ANEXO IV), (34) para detectar la presencia y grado de deterioro cognitivo. Permite valorar la memoria a corto y a largo plazo, la orientación, información sobre hechos actuales y la capacidad para realizar cálculos.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, validado en nuestro país y fácil de llevar a cabo. Se aplica en el paciente hospitalizado en las primeras 72 horas del ingreso y al alta. Consta de 10 ítems. Se puntúa cada cuestión acertada con 1 punto. Se tiene en cuenta el nivel de estudios y si el paciente sabe leer o escribir. En caso de que el paciente tenga un nivel de estudios bajo se considerará como puntos de corte 4 o más errores; y sino, el límite estará en 3 o más errores.

5.7.4.PROCESO DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA: TAXONOMÍA

NANDA II

El razonamiento diagnóstico es el que se llevará a cabo a través de un análisis crítico de los resultados obtenidos, señalando los problemas de salud relacionados con la toma de decisiones y las capacidades de los pacientes para ello, que pueden abordar las enfermeras de acuerdo a sus competencias profesionales. Tales diagnósticos han sido extraídos de la Taxonomía NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association):

El estudio ha requerido la utilización de dos de los trece dominios de la Taxonomía NANDA II (ANEXO V Y VI):

- Dominio 1: Promoción de salud.
- Dominio 5: Percepción- Cognición.

Los diagnósticos extraídos y considerados más relevantes para este caso han sido:

- Diagnóstico 00078- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Diagnóstico 00083- Conflicto de decisiones
- Diagnóstico 00122-Trastorno de la percepción sensorial.

A partir de estos diagnósticos, se extraen las Intervenciones y Actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos. Éstos se formulan según las normas de la NANDA y serán ajustados a la situación del paciente describiendo la tarea a realizar en un tiempo establecido. Los Indicadores serán evaluados mediante

una escala tipo Likert de 5 puntos en la que la puntuación 1 corresponderá a la peor situación y la puntuación 5 a la mejor situación posible.

Las Intervenciones son la forma de actuar para tratar el diagnóstico/s extraído y será el mismo en todos los casos en el que se dé el problema.

Las Actividades son las tareas necesarias para realizar las Intervenciones descritas con anterioridad. Éstas serán diferentes según su situación personal y el entorno (35).

5.7.5. LAS UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

El servicio de Medicina Interna se caracteriza por la presencia de pacientes con pluripatología y enfermedades crónicas asociadas. Se observa en los últimos años un aumento progresivo de pacientes con edades avanzadas. También resulta característico el elevado número de reingresos (36,37).

Algunas de las patologías a destacar en estas unidades de hospitalización son las disneas, el EPOC, la Neumonía, Accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y las focalidades neurológicas (38).

5.7.6. PROCEDIMIENTO:

En primer lugar se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema y a raíz de los datos obtenidos de los últimos años, se consideró la necesidad de elaborar dos formularios. Una versión dirigida a Medicina y otra versión dirigida a Enfermería. Las preguntas redactadas en dichos formularios contribuían a

conocer la visión de ambos profesionales sanitarios sobre la valoración de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud. Los formularios fueron revisados por especialistas en el tema que contribuyeron a algunas modificaciones y se aceptaron sugerencias de mejora.

Tras obtener los permisos de Dirección Médica y Dirección de Enfermería del Hospital HUCA. Se administraron los cuestionarios en una muestra de conveniencia.

Tras la recogida de las encuestas y análisis de los datos se considera necesario una mayor participación de la enfermera en la valoración de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones clínicas.

Al ingreso las enfermeras deberán realizar una entrevista al paciente teniendo en cuenta el cuestionario previo (ANEXO III). A partir de las respuestas obtenidas se valorará la cumplimentación de las hojas de diagnósticos enfermeros, detectando la presencia o no de tales problemas en el paciente. En caso de detectar pérdida, alteración o disminución de las capacidades del paciente o alteraciones en su contexto familiar o social, se señalarán los diagnósticos detectados, incluyendo los factores con los que se relacionan, se formularan los objetivos deseados a lo largo de la estancia ajustados a las características de la situación y al estado del paciente, y se resaltarán las intervenciones y actividades que se lleven a cabo. Estos serán cumplimentados durante todo el ingreso y en los turnos de mañana tarde y noche, en caso de que existan variaciones. Tales problemas detectados podrán ir cambiando a lo largo de la estancia del paciente, así como el objetivo puede sufrir una trasformaciones durante el ingreso dependiendo de la evolución de paciente. Al final de la hoja figurará un apartado en el cual el profesional de enfermería podrá incluir

comentarios acerca de la valoración realizada y que no hayan sido incluidos en los apartados anteriores, así como resaltar algunas cuestiones que considere de gran relevancia.

Será importante tener en cuenta que se trata de un proceso dinámico y con variaciones en el tiempo.

El médico, así como los trabajadores sociales podrán acceder a dicha hoja con el fin, recomendable, de detectar problemas no identificados con anterioridad y que puedan serles de utilidad a la hora de informar al paciente, a la familia o de valorar las capacidades de los pacientes. Así se fomentará la participación multidisciplinar.

Se llevará a cabo dos meses de pilotaje. Tras ese periodo de tiempo se valorará su cumplimentación y la calidad del registro. Así mismo se llevarán a cabo cuestionarios y reuniones con profesionales de enfermería, medicina y trabajadores sociales para conocer su opinión acerca del proceso, dificultades detectadas por parte de enfermería, la presencia de lagunas en el proceso y las aportaciones obtenidas.

6. RESULTADOS

Se incluyeron sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años y pertenecientes a todos los niveles de experiencia profesional.

La muestra obtenida es de un total de 67 médicos y enfermeros de los cuales el personal de medicina representa un 64,18% y el de enfermería el 35,82%. (Gráfico 1).

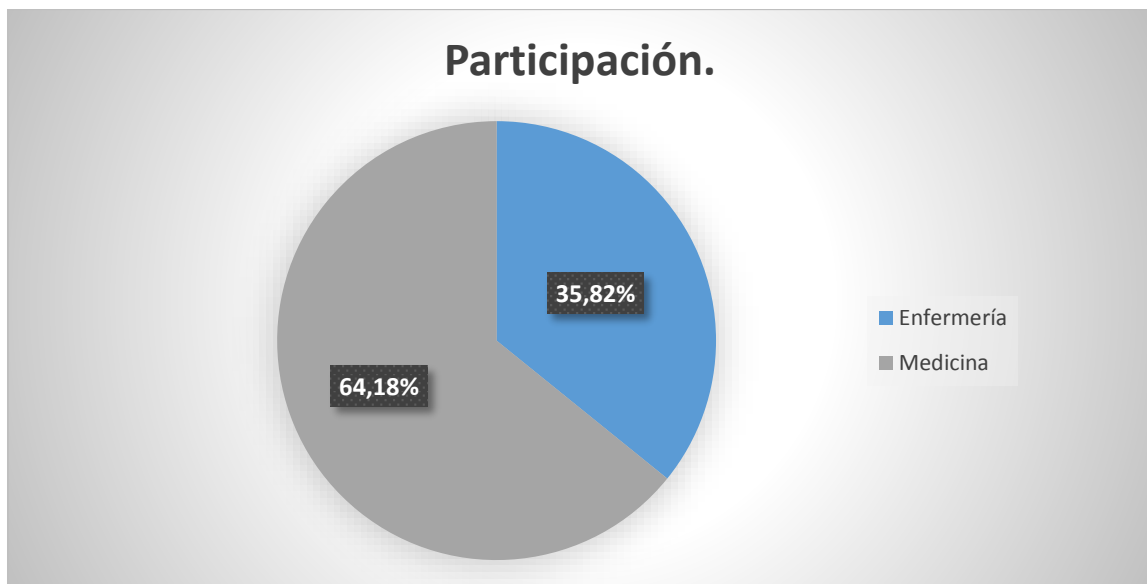


Gráfico 1.

Destacan entre los participantes, las especialidades de Geriátría, Medicina Interna y Neumología, cuyo porcentaje asciende al 61% del total. También resultan significativas las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Cardiología con una representación del 12% y el 9% respectivamente. (Gráfico 2)

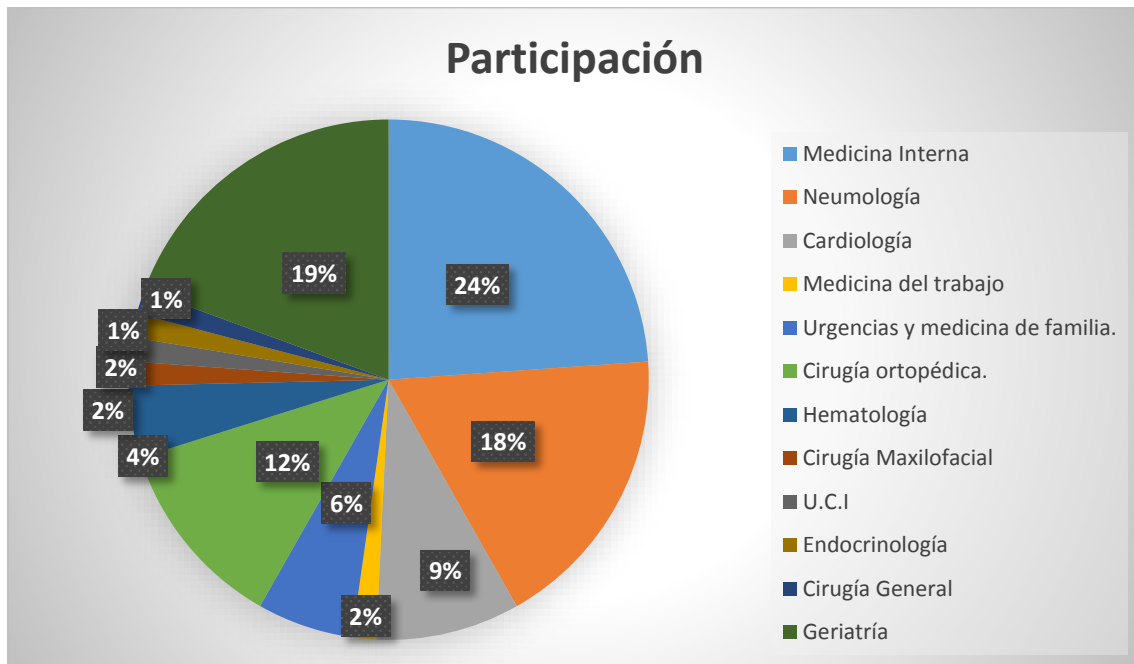


Gráfico 2.

6.1. DATOS COMUNES

Quando se les preguntó a ambos grupos de profesionales sobre la dificultad para valorar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud, el 74% de los médicos lo consideraron como una tarea difícil o muy difícil. Las cifras entre el personal de enfermería ascendían al 91,7%. (Gráfico 3 y 4).

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE SU SALUD

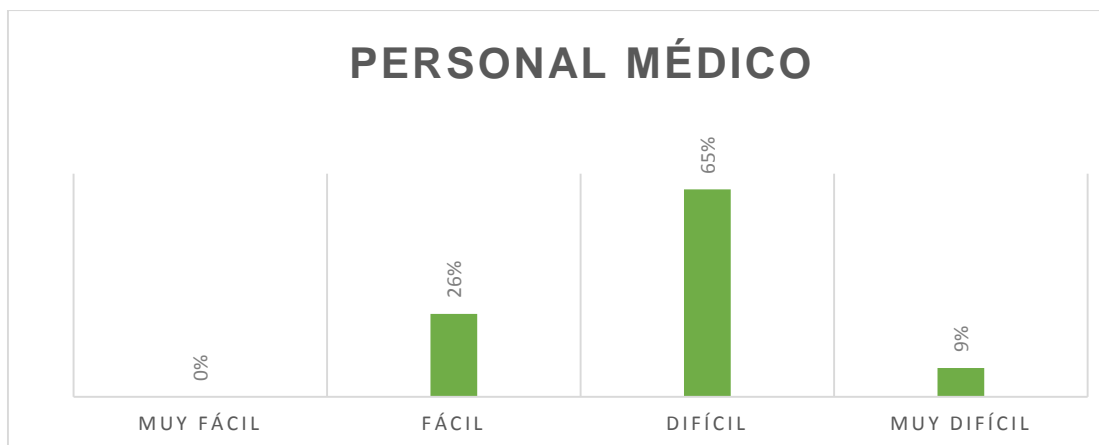


Gráfico 3.

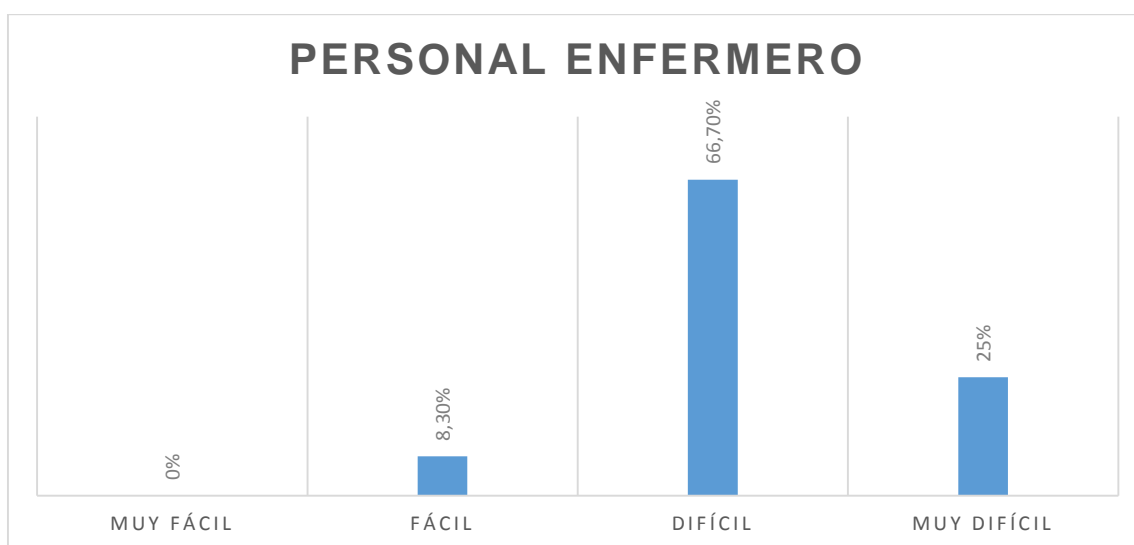


Gráfico 4.

El 72% del personal médico y el 87,5% del personal enfermero no empleaban ninguna escala para valorar o para apoyar en la valoración de dicha capacidad. El 17,9% del total de los encuestados citaron algunas de las escalas que empleaban. Entre ellas destacó la escala Pfeiffer. En uno de los casos se

empleó el cuestionario de Mini Mental. El resto de las citadas fueron referentes al dolor, como la escala EVA; la escala Glasgow que valora el nivel de consciencia y la de Barthel sobre la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Si bien, aportan información, ninguna de ellas valora la capacidad de un paciente para tomar una decisión. (Gráfico 5 y 6)

USO DE ESCALAS DE VALORACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE LOS PACIENTES

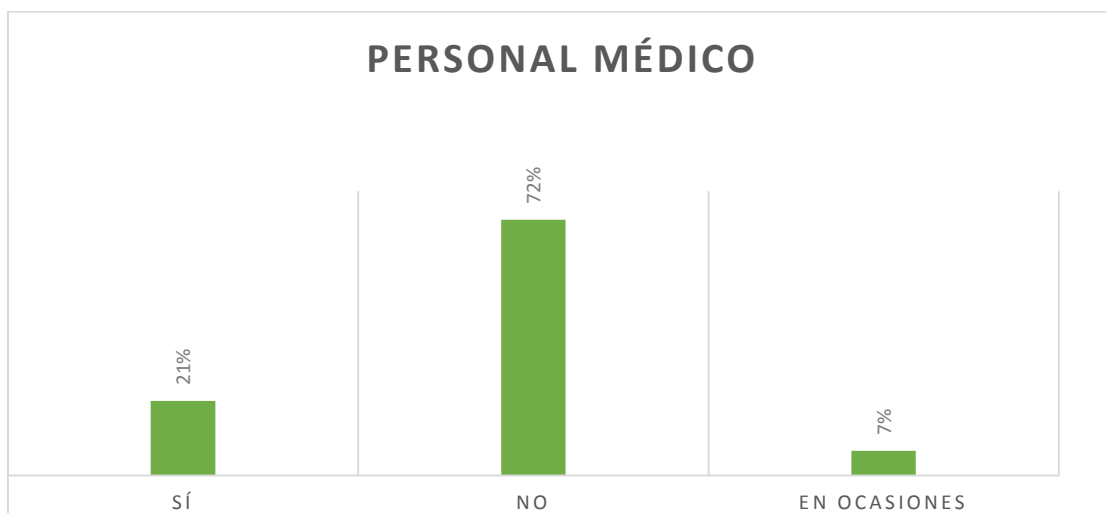


Gráfico 5.

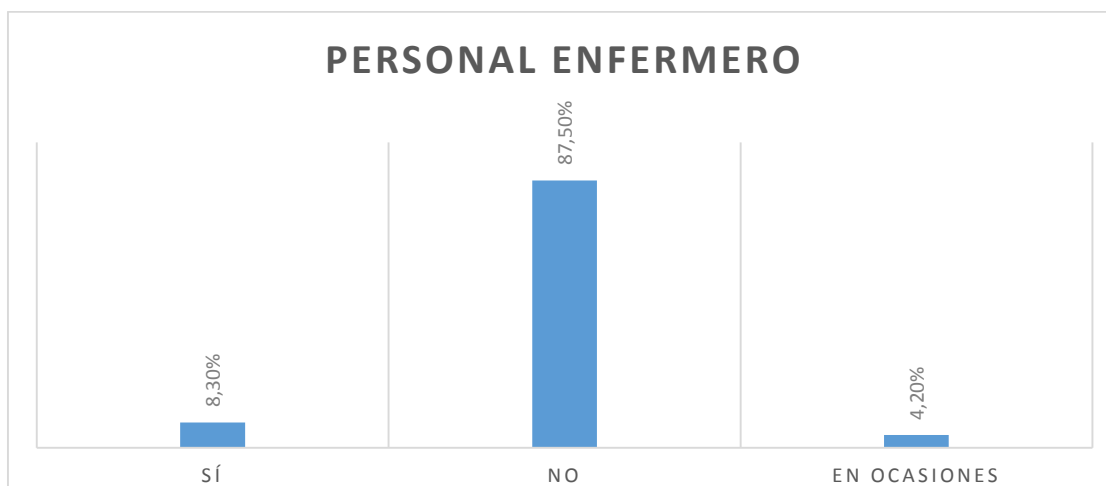


Gráfico 6.

FORMACIÓN RECIBIDA PARA VALORAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA TOMAR DECISIONES.

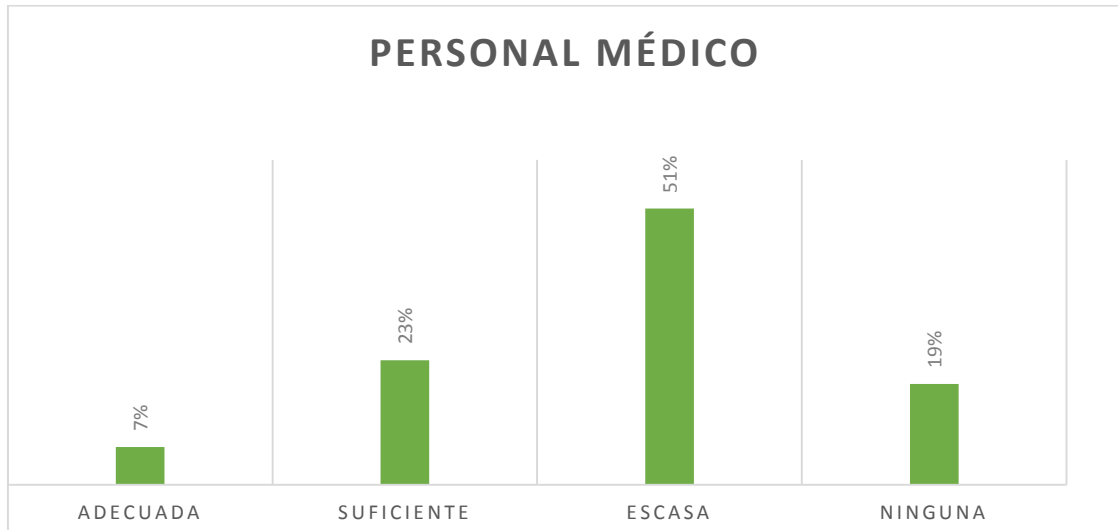


Gráfico 7.

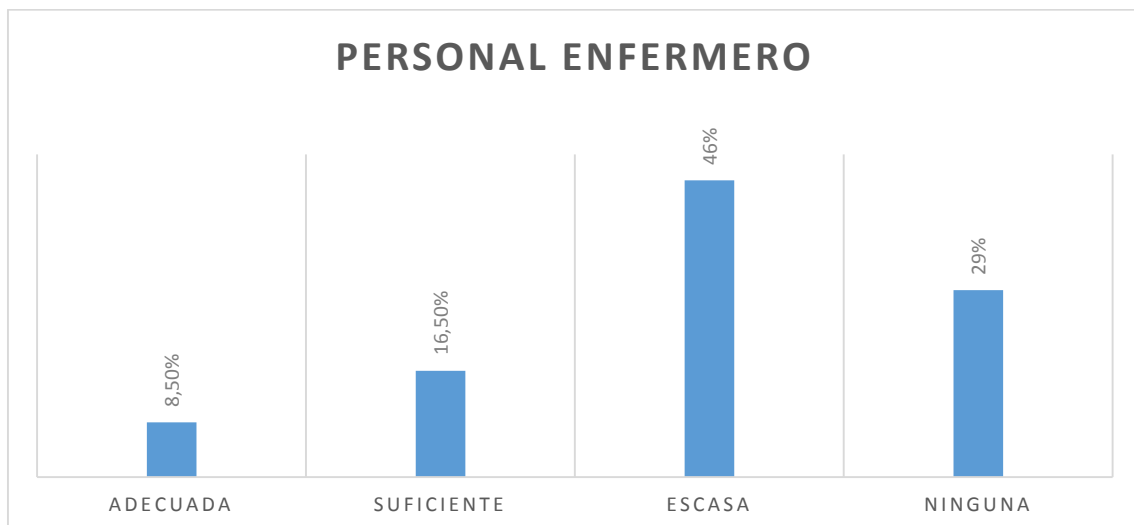


Gráfico 8.

Se les preguntó sobre como percibían su formación a lo largo de su trayectoria universitaria y profesional en cuanto al problema de valorar la capacidad de decisión del paciente. En un 70 % de los encuestados médicos fue

descrita como escasa o ninguna. Para enfermería fue de un 75%. (Gráfico 7 y 8).

CONOCIMIENTO DE ESTUDIOS ACERCA DE UNA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE LAS CAPACIDADES Y COMPETENCIAS DEL PACIENTE

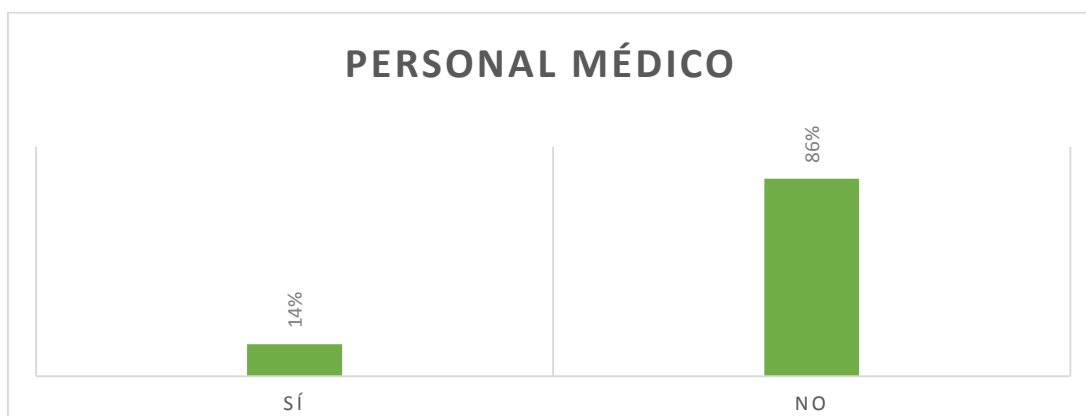


Gráfico 9.

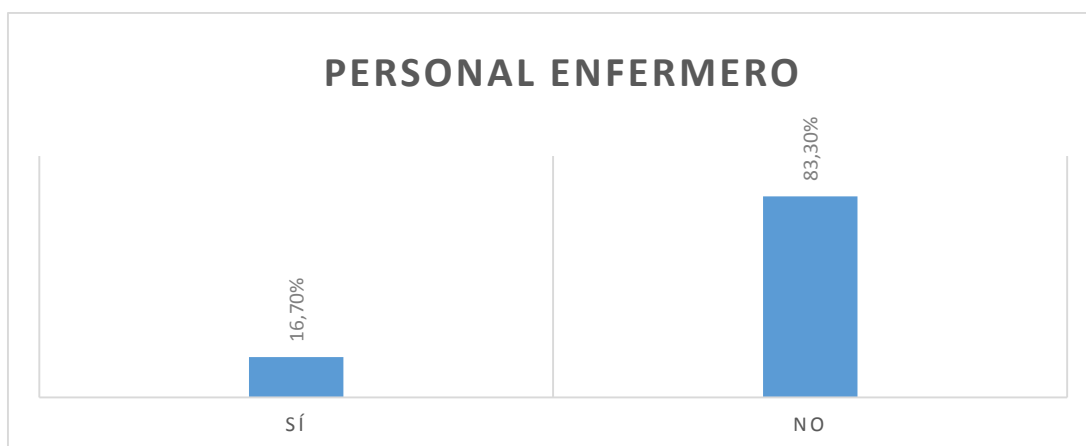


Gráfico 10.

Cabe destacar el desconocimiento por parte de ambos grupos de profesionales sanitarios acerca de una atención conjunta entre médico y enfermero para valorar la situación del paciente para decidir. Este desconocimiento fue del 86% en el grupo de médicos y del 83,3% entre los enfermeros. (Gráfico 9 y 10).

6.2. DATOS SOBRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Centrándonos en las encuestas dirigidas a Enfermería, valorar la capacidad de los pacientes en su unidad fue un problema frecuente y muy frecuente en un 50% de los entrevistados. Y resultó ser un problema que se daba en ocasiones en el 41,7%. (Gráfico 11)

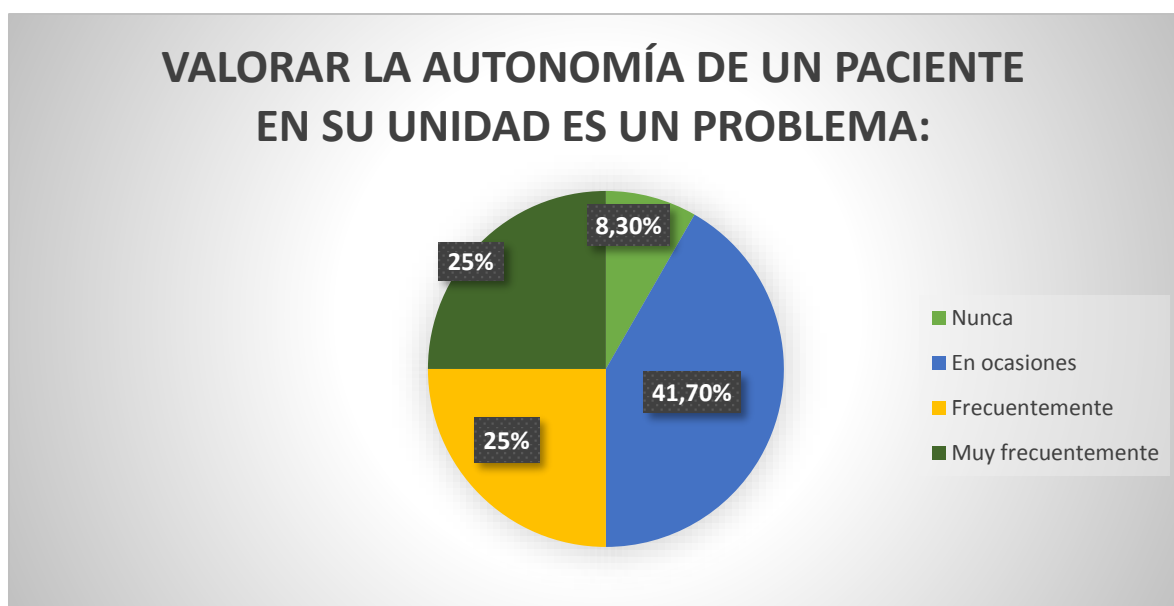


Gráfico 11.

La mitad de los encuestados calificó la información dada en su unidad a los pacientes como escasa y la comprensión se definió en los mismos términos para un 70,8% de los encuestados. La información fue considerada suficiente en la otra mitad, sin embargo la comprensión de los pacientes tras recibir la información fue buena o suficiente sólo para un 29,2% según el personal de enfermería. (Gráfico 12).

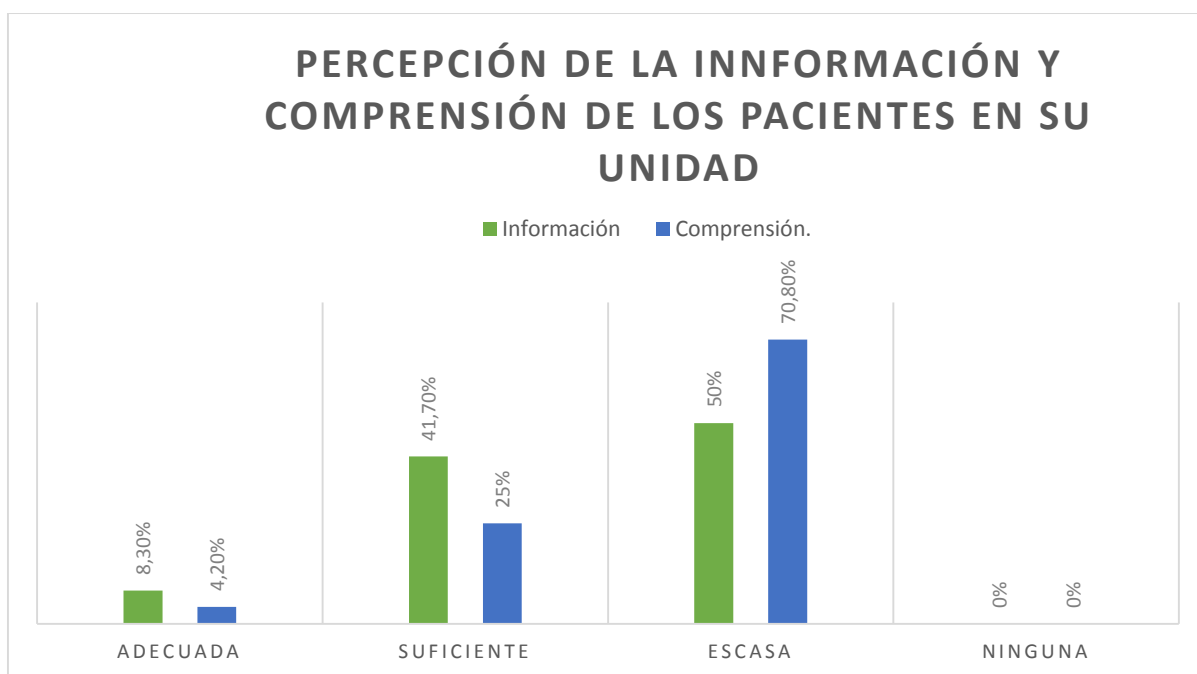


Gráfico 12.

Tres cuartas partes de los enfermeros/as definió sus capacidades de comunicación como buenas o muy buenas y el otro 25% las calificó como mejorables. (Gráfico 13).

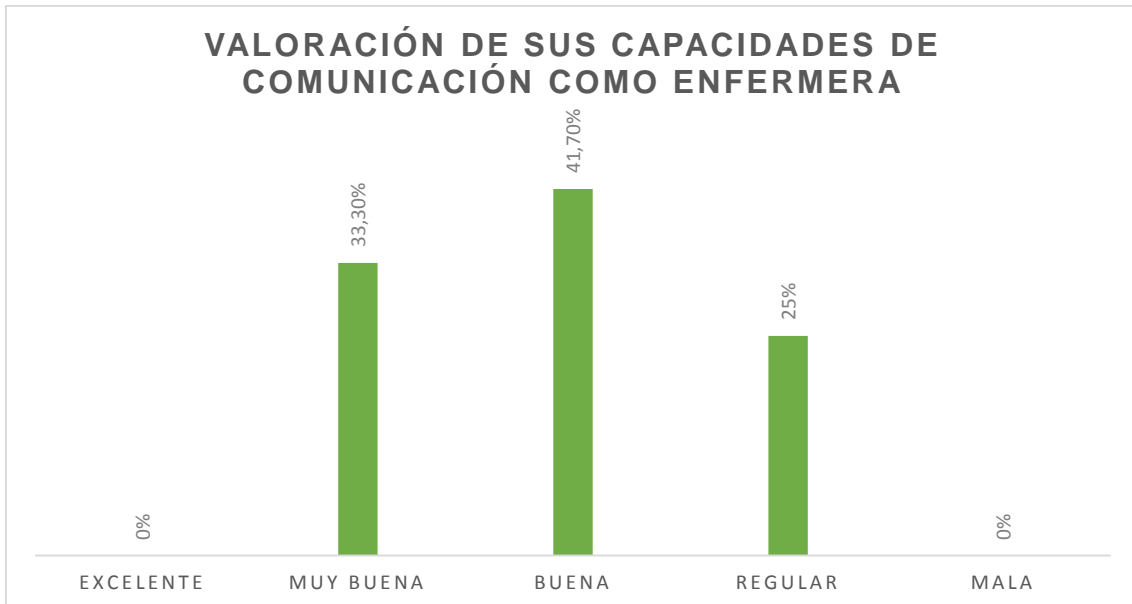


Gráfico 13.

En cuanto a la información prestada sobre las técnicas de enfermería a sus pacientes, un 79,2% señalaron informar siempre, el 12,5% informaba algunas veces y el 8,3% declaró informar y explicar sobre las labores propias de la profesión en caso de ser preguntados por los pacientes o los familiares. (Gráfico 14).

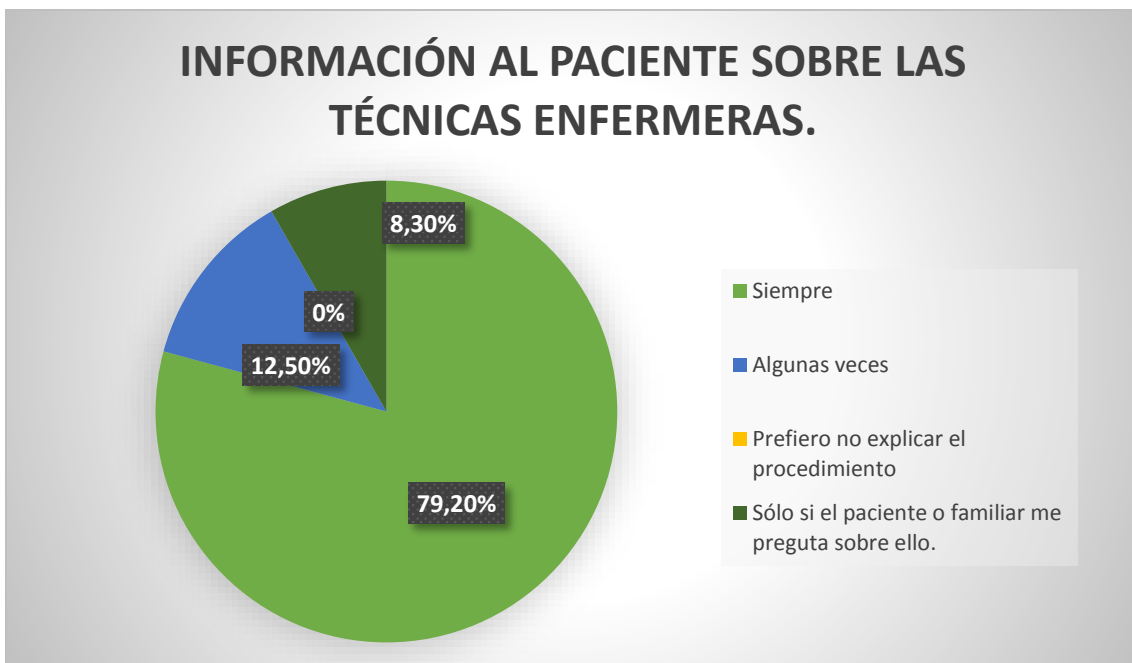


Gráfico 14.

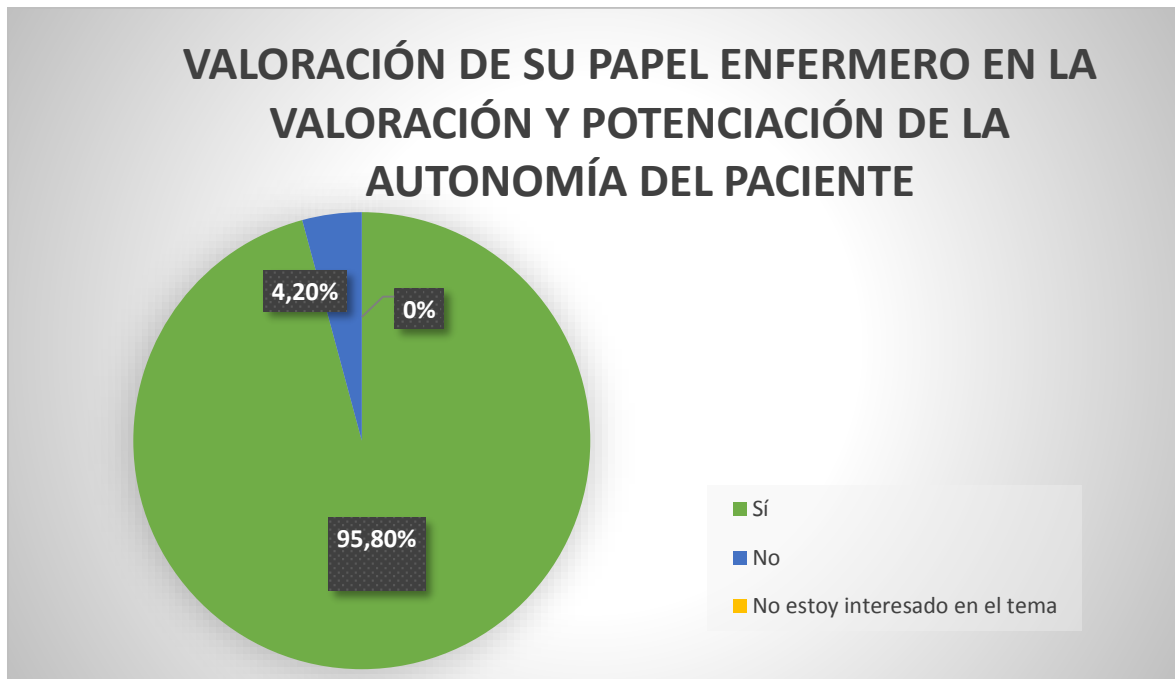


Gráfico 15.

En cuanto al tema de la Enfermería como participante activa de la valoración de las capacidades de los pacientes, un 95,8% de ellas confirma su labor como necesaria. (Gráfico 15).

6.3. DATOS SOBRE EL PERSONAL DE MEDICINA.

Sobre este tema, los médicos dicen recurrir a la enfermera para ello siempre o frecuentemente en un 89%. Cuando se les preguntó sobre el grado de importancia que le daban ellos al personal de enfermería en la detección de las competencias y habilidades del paciente en la toma de decisiones un 93% de ellos lo valoró de importante o muy importante. (Gráfico 16 y 17).

RECURRE A LA ENFERMERA PARA CONOCER EL ESTADO DE CAPACITACIÓN DEL PACIENTE:

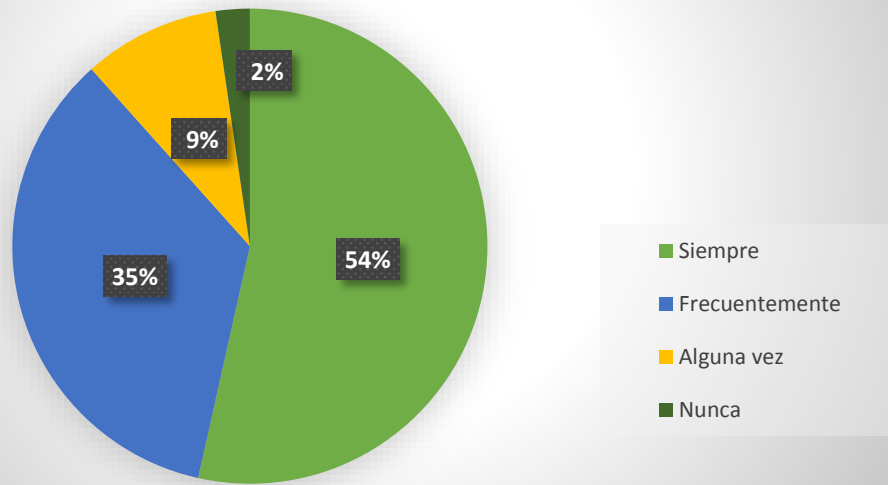


Gráfico 16.

GRADO DE IMPORTANCIA QUE LE DA A LAS ENFERMERAS EN ESTE CAMPO

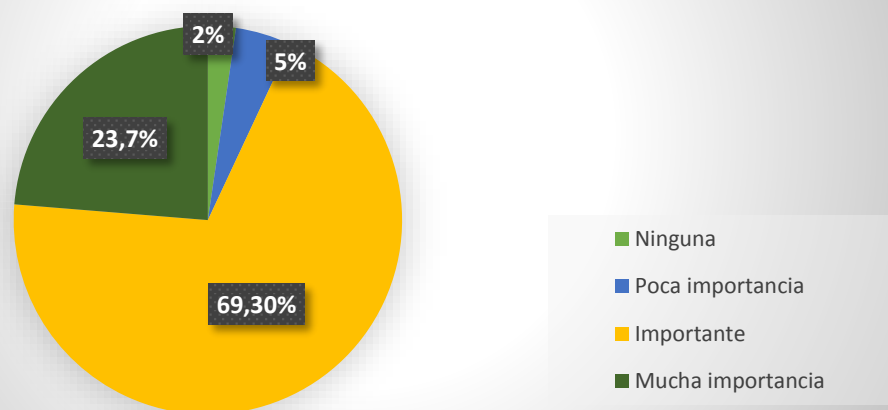


Gráfico 17.

En cuanto al personal de medicina, al entregar el Consentimiento Informado, un 64% expone al paciente las alternativas y deja que sea el propio paciente el que tome la decisión. Un 11% prefiere exponer la información a la familia, y una cuarta parte deciden el tratamiento definitivo ellos, exponiendo las alternativas o pidiendo únicamente la firma del consentimiento. (Gráfico 16).

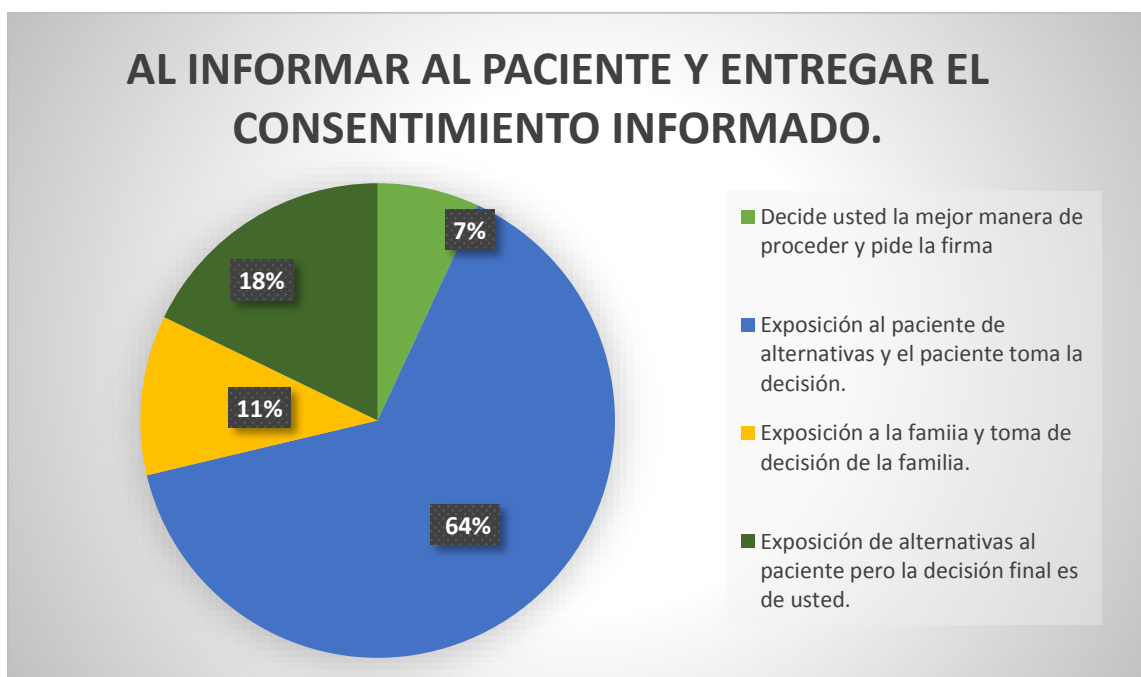


Gráfico 16.

La mayoría, un 79%, entrega dicho consentimiento informando verbalmente. Sólo un 7% de los encuestados llevan a cabo una consulta con el paciente continuada en el tiempo y permitiendo la resolución de dudas durante ese periodo. (Gráfico 17).

TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN

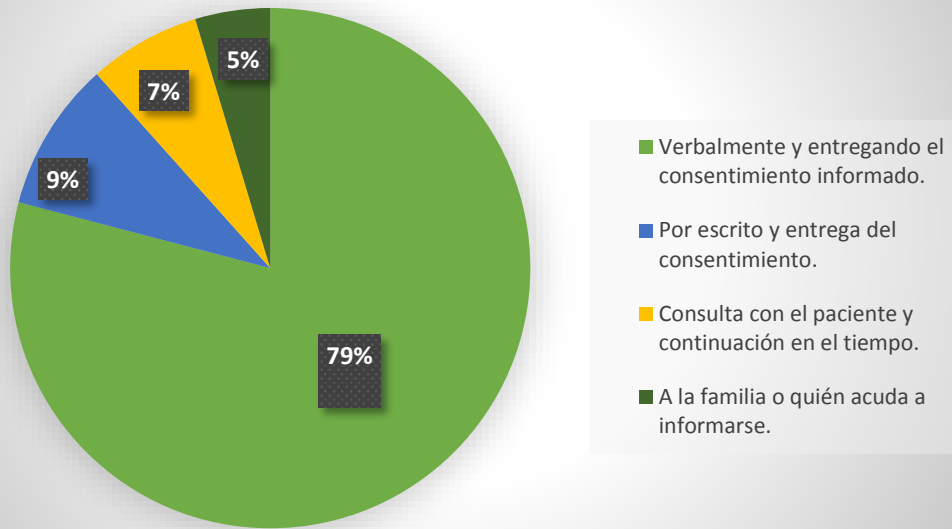


Gráfico 17.

7. DISCUSIÓN

Es importante destacar que los datos obtenidos han sido procedentes de una variedad de especialidades, en concreto doce, lo que aporta diversidad de opiniones al estudio así como permite una visión general.

En la actualidad no contamos con escalas lo suficientemente fiables y sensibles a la valoración de la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre su salud. Si bien es cierto, que existen algunas que se aproximan a ello, tales como la *MaArthur Competence Assessment Tool* o el *Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo*, las encuestas señalan que la mayor parte de los encuestados no las conocen o no las emplean en su día a día. Además señalan que se trata de un aspecto que le ocasiona dificultad o mucha dificultad.

El problema radica en establecer los límites de la actividad enfermera en este campo. Por ello se incorporaron la hoja de valoración enfermera y los diagnósticos de la taxonomía NANDA II, muy centrados en el papel enfermero, y sin generar intrusismo profesional. Aunque podría ser de utilidad, en un futuro, investigar sobre otras formas de intervención conjunta, justificado por la importancia dada por los médicos a los enfermeros.

Es necesario formar a los profesionales en el conocimiento de instrumentos de valoración, y crear el hábito de usarlos. Con ello no se solventarían todas las dudas acerca de la capacidad global de un paciente para tomar decisiones sobre su salud pero sí conseguiríamos minimizar los errores, así como cumplir con una atención más ética.

En un futuro sería interesante llevar a cabo dichas encuestas con un mayor tamaño muestral a través del cual pudiéramos obtener información menos

sesgada. También sería conveniente conocer la opinión de los protagonistas, los pacientes.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

He asumido la presencia de posibles sesgos en mi estudio.

En cuanto a los formularios entregados al personal de medicina y de enfermería, se empleó una muestra de conveniencia por tanto existe un sesgo de selección ya que es posible que no todos los que participaron tuvieran la misma probabilidad de haber sido partícipes de las cuestiones planteadas en las encuestas. Así como la participación de los sujetos ha sido voluntaria, lo que a menudo introduce algún tipo de sesgo puesto que habitualmente responden más profesionales sensibilizados por el tema.

Las respuestas al cuestionario pudieron estar condicionadas debido a una introducción acerca del tema a médicos y enfermeros, pero que se consideró necesaria para que los profesionales conocieran el tema que se exponía.

Debo señalar un posible sesgo de información. Las encuestas fueron elaboradas durante este periodo, y aunque fueron consultadas con expertos sobre el tema pueden incluir en sus preguntas definiciones poco precisas o poco representativas. Entre el grupo de participantes puede haberse dado un sesgo de memoria.

Con respecto a la hoja de valoración enfermera y el proyecto de cumplimentación de ésta y de los diagnósticos enfermeros, reconozco algunas complicaciones en la viabilidad como la gestión de los tiempos en una planta de hospitalización, en la que existe ya de base una sobrecarga de trabajo y donde la cumplimentación de dicha hoja podría suponer un trabajo añadido.

Por otro lado existen gran número de diagnósticos, 167 concretamente, se incluyeron tres de ellos al ser los más relevantes y los que más se acercaban al objetivo a alcanza, pero se asume que para una valoración integral de la participación del paciente en su salud podría ser útil la inclusión de otros. Lo mismo sucede con las Intervenciones y Resultados, su gran número impedía incluirlos todos, principalmente por la sobrecarga de enfermería, y así conseguir elaborar una hoja de diagnósticos lo más viable posible. Para intentar solventar este posible problema, se ha incluido un apartado de comentarios al final de cada hoja para que las enfermeras puedan incluir aquello que no figura en las hojas de diagnósticos. Información extraída de la entrevista y la observación al paciente a lo largo del ingreso, pero que no pueden incluir y ninguno de los apartados. Así, tras los dos meses de pilotaje se podrá analizar y corregir los errores de omisión.

9. CONCLUSIONES:

1. La mayoría de los encuestados médicos y enfermeros reconocen la importancia y la dificultad de hacer una valoración de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud.
2. En general médicos y enfermeros parecen estar de acuerdo en que una atención conjunta de enfermería y medicina podría resultar positiva.
3. Un gran número de profesionales desconocen escalas para realizar la valoración global del paciente en la toma de decisiones.
4. La implementación de una hoja de valoración de enfermería y de diagnósticos enfermeros puede ser de gran utilidad además de fomentar la participación de este grupo profesional.
5. La validación de la Escala ACE en España y su difusión y aplicación en la práctica pueden ayudarnos a avanzar en este campo.
6. Es necesario prestar una mayor atención a este problema, que en ocasiones queda en el olvido y fomentar en un futuro cercano el desarrollo de estudios acerca de este tema.

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Gracia Guillén D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med Clin (barc), 1989; 93: 100-2.
2. Rogers Carl R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1992; 60(6): 827-832
3. Hersoug A G, Høglend, P, Monsen, J T, Havik, O E. Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. The Journal of psychotherapy practice and research, 2000; 4 (10): 205-216.
4. Annas G, Healey J. The patient Rights Advocate. J Nurs Adm, 1974; 4:25-31.
5. Suarez Cuba MA. Medicina centrada en el paciente. Rev Med La Paz, 2012;18(1): 67-72
6. Roth, L. H, Meisel, A, Lidz, C. W. Tests of Competency to Consent to Treatment. Am. J. Psychiatry, 1977; 134: 279-284.
7. J. F. Drane. Competency to Give an Informed Consent: A model for Making Clinical Assessments. JAMA, 1984; 252(7): 925-7.
8. Drane James F. The many faces of competency. Hastings Center Report. 1985; 15 (2): 17-21.
9. Appelbraum P. S, Roth, L. H. Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview. Arch. Gen, Psychiatry, 1982; 39: 951-8.
10. Appelbaum P.S, Grisso, T. Assessing Patient's Capacitis to Consent to Treatment. NEJM. 1988; 319 (25): 1635-8.

11. Alexander M. P. Clinical Determination of Mental Competence. Arch. Neurol, 1988; 45: 23-6.
12. Freedman, M , Stuss, D. T, Gordon M. Assessment of Competency: the Role of the Neurobehavioral Deficits. Ann. Intern. Med, 1991; 115: 203-8.
13. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. Medicina clínica, 2001;117(3): 99-106.
14. Moser D J et al. Capacity to Provide Informed Consent for Participation in Schizophrenia an HIV Research. Am. J. Psychiatry, 2002; 159 (7): 1201-7.
15. Pinals D. A, Appelbaum, P.S. The History and Current Status of Competence. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 1999; 37 (2): 82-94.
16. Boad M, Robles A. (eds). Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia. "Documento Sitges", Barcelona, Glosa, 2005. Disponible en la web de la Sociedad Española de Neurología. <http://www.sen.es/> (visitada 11/04/2014).
17. Lobo A., Ezquerra J, Burgada F.G, Sala, J.M, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1979; 7: 189-202.
18. Organización Colegial de Enfermería- Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería en España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid, 1989.
19. Garrido Abejar M, Serrano Parra MD. Comunicación terapéutica y cuidado. Revista ROL de Enfermería, 1990; (147): 123-8.

20. Davis AJ, Underwood PR. The competency Quagmire: clarification of the nursing perspective concerning the issues of competence and informed consent. *Int J Nurs Stud.* 1989; 26: 271-9.
21. Whalen ER. Informed consent: The opinions of critical nurses. *Heart & Lung*, 1984; 13: 662-6.
22. Vidal M M, Jordá M A R. Consentimiento informado y calidad asistencial en enfermería, 2005.
23. Rodríguez Rodríguez, Pilar “La atención integral centrada en la persona”. Madrid, InformesPortal Mayores, 2010; (106). [Fecha de publicación: 04/11/2010]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>>
24. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, páginas 15207-1224.
25. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *Boletín Oficial del Estado*, de 20 de octubre de 1999, núm. 251, páginas 36825 a 36830
26. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial de Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, páginas 40126-40132.
27. Siruana Aparisi J C. Ética de las decisiones clínicas. *Veritas*, 2006; 1 (15): 223-244.

28. Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2008; 28 (102): 325-348.
29. Cipriano Silva M, Sorrell JM. Factors Influencing Comprehension of Information for Informed Consent: Ethical Implications for Nursing Research. *Int J Nurs Stud*, 1984; 21: 233-240.
30. Teasdale K. Information and Anxiety: A Critical Reappraisal. *J Adv Nurs*, 1993; 18: 1125-1132.
31. Igea Moreno M, Lozano García Y, González Gascón R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria. *Enfermería Global*, 2005; 6: 1-6.
32. Martínez Rodríguez S. Implantación y desarrollo del consentimiento informado en el hospital Txagorritxu de Vitoria-Gasteiz. *Rev. Calidad Asistencial*, 1999; 14(2): 115-121.
33. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches M C, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*, 2001; 4 (117): 129-134.
34. Luis Rodrigo M T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M V. De la teoría a la práctica: el pensamiento enfermero de Virginia Henderson en el siglo XXI, 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2005.

35. Viana A, Carballo F, Beato I, Domínguez E, Martínez C, De la Morena J. An análisis of 14.000 patients admitted to an internal medicine service during 1982-1988. *An Med Interna (Madrid)*, 1990; 7(9): 459-62.
36. Álvares E, Sachicumbi A, Franco AS, Saavedra J. Pneumonia in an internal medicine service. *Acta Med Port*, 1996; 9 (2-3): 79-85.
37. Delgado Morales J L, Alonso del Busto R, Pascual Calleja I, Villacorta Martín M^o M, Ergueta Martín P, González Sarmiento E. Estudio observacional de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An.med. interna (Madrid)*, 2004; 21 (1): 3-6.

11. ANEXOS:

11.1. Anexo I

ESTUDIO DIRIGIDO A MÉDICOS:

Me presento como Inés Gorosabel Armengol, enfermera y alumna del Máster de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos. Este estudio pretende conocer cómo se valora la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud y la intervención del equipo sanitario. Estaría muy agradecida en que respondieran a este breve cuestionario.

1. La valoración de la capacidad de un paciente para tomar una decisión clínica es

- Muy fácil Fácil Difícil Muy difícil

2. La formación recibida acerca de cómo valorar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones ha sido:

- Adecuada Suficiente Escasa Ninguna

3. ¿Se vale de algún instrumento para valorar dicha capacidad?

- Sí No En ocasiones

Cite alguna escala que conozca o que emplee:

4. Cuando se dispone a informar al paciente y entregar el consentimiento informado:

Decide usted mismo cuál es la manera más correcta de proceder y pide la firma del Consentimiento informado.

Expone al paciente las diversas alternativas disponibles y deja que el paciente tome la decisión que estime oportuna.

Expone a la familia las diversas alternativas disponibles y deja que la familia tome la decisión que estime oportuna.

Expone al paciente las diversas alternativas pero finalmente toma usted la decisión que considera más beneficiosa para el usuario.

5. ¿Cómo transmite la información sobre una intervención diagnóstica o terapéutica?

Verbalmente y entregando el consentimiento informado

Por escrito, entregando exclusivamente el consentimiento informado.

A través de una consulta con el paciente, mediante explicaciones completas y continuadas en el tiempo.

A la familia o a quien acuda a informarse

6. En aquellas situaciones en las que existe mayor incertidumbre, ¿quién considera que debería tomar la decisión última y definitiva?

El médico El paciente o la familia

Decisión conjunta entre médico y paciente

El médico y los familiares o tutor legal

El médico, el paciente y los familiares o tutor legal de forma conjunta.

7. En el caso de no haber informado al paciente de forma verbal o a través de una entrevista, ¿cuál fue el motivo principal?

Falta de tiempo.

El paciente no comprendería la información y no sería capaz de tomar una decisión sobre su salud.

La información podía perjudicar al paciente en su proceso de enfermedad.

Se informó a la familia, pero no al paciente.

8. ¿La información de la enfermera sobre la situación del paciente, para valorar si el enfermo es capaz de decidir sobre su estado de salud en ese momento u en otro, puede ser útil?

Siempre Frecuentemente Alguna vez Nunca

Valore el grado de importancia que les otorga a las enfermeras en este punto.

Ninguna Poca importancia Importante Mucha importancia

9. ¿Conoce estudios acerca de una atención multidisciplinar médico-enfermero, en la que valoran conjuntamente la capacidad del paciente para recibir información, asimilarla y tomar una decisión?

Sí No

Además, me sería muy útil conocer los siguientes datos:

Edad: < 30 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años >60 años.

Sexo: Hombre Mujer

Servicio en el que trabaja: _____

Experiencia profesional: <5 años 5-9 años 10-19 años >20 años

Gracias por su colaboración.

11.2. Anexo II

ESTUDIO DIRIGIDO A ENFERMEROS:

Me presento como Inés Gorosabel Armengol, enfermera y alumna del Máster de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos. Este estudio pretende conocer cómo se valora la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud y la intervención del equipo sanitario. Estaría muy agradecida en que respondieran a este breve cuestionario.

1. La valoración de la capacidad de un paciente para tomar una decisión clínica es

Muy fácil Fácil Difícil Muy difícil

2. La formación recibida acerca de cómo valorar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones ha sido:

Adecuada Suficiente Escasa Ninguna

3. ¿Conoce alguna escala que valore dicha capacidad?

Sí No

En caso de responder afirmativamente, cítelas: _____

4. Emplea o ha visto en su servicio utilizar alguna de estas escalas:

Sí No En ocasiones

5. ¿Valorar la autonomía del paciente en su unidad es un problema por razones como la edad avanzada, pérdida de la audición o incapacidad para expresarse a través del lenguaje hablado, entre otros?

Nunca En ocasiones Frecuentemente Muy frecuentemente

6. En términos generales, ¿cómo considera que es la información sobre su estado de salud a los pacientes en su unidad?

Adecuada Suficiente Escasa Ninguna

7. ¿Y la comprensión de los pacientes tras la información?

Adecuada Suficiente Escasa Ninguna

8. ¿Cómo valoraría sus capacidades de comunicación con el paciente?

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

9. En cuanto a sus competencias como enfermera, cuando va a realizar una intervención ¿informa al paciente sobre las técnicas?

Siempre. Algunas veces

Prefiero no explicar el procedimiento.

Solo si el paciente o el familiar me preguntan sobre ello.

10. ¿Conoce estudios acerca de una atención multidisciplinar médico-enfermero, en la que valoran conjuntamente la capacidad del paciente para recibir información, asimilarla y tomar una decisión?

Sí No He oído algunos, pero no los conozco con profundidad.

11. ¿Cree que la colaboración de enfermería podría potenciar la autonomía del paciente y la comprensión de su estado de salud?

Sí No No estoy interesado/a en el tema

Además, me sería muy útil conocer los siguientes datos:

Edad: < 30 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años >60 años.

Sexo: Hombre Mujer

Servicio en el que trabaja: _____

Experiencia profesional: <5 años 5-9 años 10-19 años >20 años

Gracias por su colaboración.

11.3. Anexo III

Nº de Historia_____ Cama_____	
Primer apellido_____	
Segundo Apellido_____	
Nombre_____	
Servicio_____	
Edad_____ Fecha de ingreso_____	
Motivo del ingreso:_____	Diagnóstico
médico:_____	
Enfermedades_____	previas:
Intervenciones_____	quirúrgicas
previas:_____	

- Los conocimientos que necesita para manejar su enfermedad los considera:
 - Elevados
 - Bastantes
 - Pocos
 - No tengo conocimiento sobre mi enfermedad
- Los cuidados sobre el manejo de su salud :
 - Los llevo a cabo por mí mismo
 - Preciso algo de ayuda
 - Necesito siempre ayuda
- ¿Qué medicación toma?

- ¿Sabe para qué sirve?

Sí

No

Alguna

- ¿Interfiere su estado de salud sobre el seno familiar?

No interfiere

A veces existe algún conflicto

Bastante

La mayoría de las veces

- Valore del 1 al 10 el grado de preocupación y estrés que le ocasiona su estado de salud.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Valore del 1 al 10 el grado de preocupación que le ocasiona su hospitalización.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- ¿Considera que necesita más información sobre su estado de salud?

Sí

No

A veces

- ¿Quiere participar en cuidar su estado de salud?

Sí

No

- ¿Quién cree que puede ayudarle mejor en su proceso de enfermedad?

Nadie

El personal sanitario

Mi familia/ amigos

- Problemas de comunicación:

Portador de prótesis auditivas

No Sí Localización:

- Cumplimentación del test de Pfeiffer. Versión española.

(En caso de detectar problemas significativos, cumplimentar la siguiente hoja)

11.4. Anexo IV: Cuestionario Pfeiffer.

- 0-2: normal.
- 3-4: leve deterioro cognitivo.
- 5-7: moderado deterioro cognitivo, patológico.
- 8-10: importante deterioro cognitivo.

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? O ¿cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes, año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.		
Puntuación total		

11.5. Anexo V

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE SALUD

- ❖ Diagnóstico 00078- Manejo infeccioso del régimen terapéutico.

FACTORES RELACIONADOS (señalar los factores relacionados detectados)

Fecha:															
Turno:															
1142- Complejidad del régimen terapéutico.															
1134- Conflicto de decisiones.															
1143- Conflicto familiar.															
1144- Déficit de conocimientos.															
1146- Falta de confianza en el personal de cuidados de la salud.															

Manifestado por (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Señalar con una X
la característica/as que proceda)

Fecha:															
Turno:															
1006-Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.															

1007-Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones.																			
1009-Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.																			
1010- Verbalizaciones de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.																			

INDICADORES (Puntuar: 1- Nunca manifestada, 2-Raramente manifestada, 3-En ocasiones manifestada,4-Con frecuencia manifestada, 5-constantemente manifestada)

Fecha:																			
Turno:																			
1606- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria.																			
160601- Revindica la responsabilidad de tomar decisiones.																			
160602- Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones.																			

160603- Busca información.																		
160609- Declara la intención de actuar según la decisión.																		
160610- Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados.																		

OBJETIVOS:

<u>Fecha y turno</u>	

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (Señalar con una X las que procedan)

<i>Fecha:</i>																		
<i>Turno:</i>																		
<i>4480- Facilitar la autorresponsabilidad.</i>																		
448005-Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus autocuidados como sea posible.																		

11.6. Anexo VI

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN-COGNICIÓN

- ❖ Diagnóstico 00083- Conflicto de decisiones.

FACTORES RELACIONADOS (señalar los factores relacionados detectados)

Fecha:															
Turno:															
Creencias personales poco claras.															
Déficit del sistema de soporte.															
Falta de información relevante.															
Múltiples fuentes de información.															
Percepción de amenaza a los valores personales.															

Manifestado por (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Señalar con una X la característica/as que proceda)

Fecha:															
Turno:															
Retraso en la toma de decisiones.															
Signos físicos de distrés o tensión.															
Verbaliza incertidumbre sobre las elecciones.															

Verbaliza sentimientos de sufrimiento mientras intenta tomar una decisión.																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICADORES (Puntuar: 1- Nunca manifestada, 2-Raramente manifestada, 3-En ocasiones manifestada,4-Con frecuencia manifestada, 5-constantemente manifestada)

Fecha:																				
Turno:																				
0906- Toma de decisiones.																				
090601- Identifica información relevante.																				
090603- Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.																				
090608- Compara alternativas.																				
090609- Escoge entre varias alternativas.																				
0907- Elaboración de información.																				
090703- Verbaliza un mensaje coherente.																				
090704- Muestra procesos de pensamiento organizados.																				

OBJETIVOS:

<u>Fecha y turno</u>	

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (Señalar con una X las que procedan)

Fecha:														
Turno:														
5440-Aumentar los sistemas de apoyo														
544007- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.														
5510-Educación sanitaria														
551009-Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.														
5520- Facilitar el aprendizaje.														
552009- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.														
552010-Definir la terminología que no sea familiar.														
552024- Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.														

552025- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.															
552007- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.															
552034- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.															
6460- Manejo de la demencia.															
646016- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo, mediante herramientas de evaluación normalizadas.															

COMENTARIOS:

❖ Diagnóstico 00122-Trastorno de la percepción sensorial.

FACTORES RELACIONADOS (señalar los factores relacionados

detectados)

Fecha:															
Turno:															
Alteración de la integración sensorial.															
Alteración de la recepción.															
Alteración de la transmisión.															
Estrés psicológico.															

Manifestado por (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS): Señalar con una X

la característica/as que proceda)

Fecha:															
Turno:															
Alteración de los patrones de comunicación.															
Cambio en el patrón de conducta.															
Cambio informado o medido de la sensibilidad acústica.															
Desorientación en el tiempo, en el espacio o en las personas.															
Falta de concentración.															

INDICADORES (Puntuar: 1- Nunca manifestada, 2-Raramente manifestada, 3-En ocasiones manifestada,4-Con frecuencia manifestada, 5-constantemente manifestada)

Fecha:															
Turno:															
0901- Orientación cognitiva															
090101- Se autoidentifica.															
090102- Identifica a los seres queridos.															
090103-Identifica el lugar donde está.															
090104- Identifica el día presente.															
090105- Identifica el mes actual.															
090106- Identifica el año actual.															
090107- Identifica la estación actual.															
0904- Comunicación receptiva.															
090401- Interpretación del lenguaje escrito.															
090402- Interpretación del lenguaje hablado.															
090406- Reconocimiento de mensajes recibidos.															
2401- Función sensitiva: auditiva.															
240101- Agudeza auditiva (izquierda)															
240102- Agudeza auditiva (derecha)															

482018- Limitar la necesidad de toma de decisiones si con ello se frustra/confunde al paciente.																			
482021- Observar cambios de sensibilidad y orientación.																			
482028- Utilizar gestos/ objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.																			
4974- Mejorar la comunicación: déficit auditivo.																			
497402- Acercarse al oído menos afectado.																			
497403- Aumentar el volumen de la voz, si procede.																			
497404- Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho.																			

COMENTARIOS:

11.7. Anexo VII



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Oviedo, 4 de abril de 2014

Asunto: Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a **D^a Inés Gorosabel Armengol** enfermera y alumna del Master Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, a la recogida de datos para el trabajo fin de Master que lleva por título "**Papel de la enfermera en la valoración de la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones clínicas**", recordando a la solicitante que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos.

Un saludo.



Fdo.: Ramón Corral Santoveña
Director de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área IV

11.8. Anexo VIII



A la atención de D. Miguel Javier Rodríguez Gómez, Director de Hospital HUCA, soy Inés Gorosabel Armengol, Enfermera y alumna del Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo.

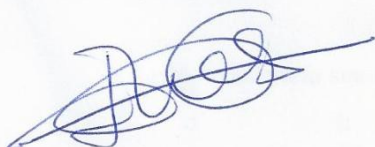
Solicito permiso para pasar unas encuestas para mi Trabajo Fin de Máster titulado: "Papel de la enfermera en la valoración de la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones clínicas" supervisado por mi tutora Isolina Riaño Galán.

Dichas encuestas irían dirigidas al personal de Enfermería y Medicina de las Unidades de Hospitalización de Medicina Interna, Neumología, Traumatología, Cardiología y Servicio de Urgencias. Éstas son anónimas y de carácter voluntario y los datos serán tratados respetando las normativas éticas y legales vigentes.

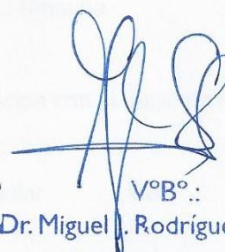
La recogida de datos se llevará a cabo del 07/04/2014 al 10/05/2014 de lunes a viernes en el turno de mañana y de tarde.

Un cordial saludo y gracias por su atención.

Oviedo a fecha 03/04/2014.



Inés Gorosabel Armengol.



VºBº:

Dr. Miguel J. Rodríguez Gómez
Director del HUCA

