

Consentimiento informado en Pediatría en el uso de las vacunas

Dr. Ariel J. Jauma Rojo¹

Resumen

Se realizó una encuesta anónima a 30 profesionales del Hospital Pediátrico Docente "William Soler" durante los meses de junio y julio del año 2008, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en pediatría en el uso de vacunas. Se recogieron los resultados de las encuestas en una planilla de vaciamiento, donde se procesaron los datos obtenidos, aplicando la estadística descriptiva.

Se observó que la mayoría de los profesionales aplica el consentimiento informado en el uso de vacunas, aunque todavía existen dificultades a la hora de la comprensión del documento por parte del paciente. La mayoría de los encuestados no sabe qué debe hacerse para mejorarlo.

Palabras clave: consentimiento informado, pediatría, vacunas.

Introducción

En el marco de la relación médico-paciente y como resultado de la complejidad del pensar acerca de los derechos y deberes de los pacientes y médicos, a la luz del conocimiento de la bioética, surge el consentimiento informado, que ha llegado para humanizar esta relación y despojarla del paternalismo hipocrático y borrar la imagen del médico todopoderoso que define sobre los destinos del paciente.

La relación médico paciente es la base de la buena práctica médica. El modelo de la relación asimétrica en la cual el médico es tutor y el enfermo desvalido va cambiando a un modelo con relaciones horizontales y simétricas y el enfermo tiene derecho a decisión o consentimiento¹. Esto representa un nivel superior en la relación médico-paciente: la participación mutua y que cada paciente deja de ser un objeto para convertirse en un sujeto de su propia salud². De ahí que surgiera el consentimiento informado con el objetivo de: ofrecer información comprensible y relevante que pudiera apoyar en la toma de decisiones¹.

Son muchos los artículos escritos sobre el consentimiento informado; los requerimientos, no obstante, siempre resultan un tema apasionante, que en cada especialidad de la medicina tiene sus particularidades. En la atención pediátrica adquiere especial connotación.

Consentir es un nuevo concepto de la ética médica moderna, que subyace en el principio de libertad moral, autonomía o dignidad y que se ha convertido en base fundamental de nuestro quehacer cotidiano, por lo que toda persona dedicada al cuidado de los niños debe entender claramente sus aspectos éticos y legales.³

Cada vez y con mayor frecuencia surge la interrogante de si el

niño está capacitado para comprender las consecuencias de sus decisiones, ¿podrá consentir o incluso negarse a los tratamientos médicos? Este debate se ha reavivado en los últimos 20 años, ya que en muchos países existe una clara tendencia a tomar más en consideración la capacidad del menor para decidir.

La Declaración Internacional de los Derechos del Niño promulga el derecho que tienen a su autodeterminación, dignidad y respeto, así como a tomar decisiones fundamentadas, situación apoyada por la Carta Europea sobre los niños hospitalizados, la cual señala que niños y padres tienen derecho a participar con conocimiento de causa en todas las decisiones relativas a la atención de su salud, y enfatiza que todo niño debe ser protegido de tratamientos y estudios innecesarios.^{4,5}

La cuestión esencial es saber si los menores tienen la capacidad de tomar decisiones; la respuesta no es fácil y proponemos a los lectores el siguiente análisis:

La autonomía se relaciona con la capacidad de gobernarse a sí mismo, es la capacidad que tienen los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno; Locke, afirmaba que el hombre es libre e igual por naturaleza y que nadie tiene soberanía sobre otro, y tiene el derecho para que otras personas no intervengan en sus asuntos, Kant, precisaba que la libertad es esencial para toda moralidad. Para el liberalismo moderno, el concepto dominante parece ser el de que la única restricción a la libertad es el daño a los demás; esta idea es utilizada incluso, en los tribunales de los Estados Unidos para resolver los conflictos éticos relacionados con la autonomía.^{6,7}

Cuando aparece una enfermedad grave en un niño, todo a su alrededor se trastoca; la obligación moral de los médicos será establecer una relación humanizada, de diálogo y confianza. El resultado será una relación plena en respeto, autonomía y tolerancia, tan necesarios para vencer el autoritarismo tradicional^{8,9}, en la cual el médico decidía lo que más convenía al enfermo y éste aceptaba, confiando en el buen juicio de su doctor; así la beneficencia alcanzaba el lugar más significativo.^{10,11}

El niño es un paciente especial y considerado a priori como incapaz legalmente, lo cual lo descontextualiza de su esencia humana y muchas veces se pasa por encima de la opinión del paciente por estar en edad pediátrica y se subvaloran sus derechos, su intelecto y su capacidad moral para la toma de decisiones.

Uno de los primeros y grandes dilemas que surge, es que son (o somos) otros los que han de enfrentarse a la decisión de determinar acciones terapéuticas, ya que él no conoce ni es consciente de su situación y carece de la capacidad para manifestarse. En el adolescente, la aparición de la autoconciencia como parte del desarrollo

psicológico, le permite la adopción de un papel más activo en correspondencia con las nuevas necesidades psicológicas que tiene ¹⁰.

En el contexto de la relación médico paciente hay tres actores: médico, paciente y sociedad; en pediatría el paciente es el niño y su familia, al igual que en los adolescentes¹.

Cuando los niños estén en condiciones de comprender la información—generalmente entre los 12 y los 17 años—, se deberá proporcionar de forma comprensible y obtener su asentimiento, previamente a su inclusión en el estudio⁵.

La información debe ser simple, aproximativa, leal e inteligente, de todas las circunstancias que puedan influir de forma razonable en la decisión de éste. Se debe utilizar un lenguaje adecuado a su edad, nivel cultural y capacidad de comprensión ⁶.

En recién nacidos y lactantes: la comunicación es no verbal y se reduce al respeto al examen físico, la prevención del dolor en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En preescolares: comunicación verbal. Lograr una buena comunicación.

En escolares: se debe comunicar enfermedad, tratamiento, evolución y escucharlo.

En adolescentes: se debe comunicar y respetar la confidencialidad y autonomía ¹.

La comunicación como parte del proceso del consentimiento informado es el aspecto más importante y que define como satisfactorio o no este acto médico. Se refiere al intercambio de información con el paciente o familia.

Problemas con el consentimiento informado en pediatría:

- ♦ Limitación de la comprensión de los padres en las primeras fases de la enfermedad de su hijo
- ♦ Rechazo a terapéuticas imprescindibles para su vida por condicionamientos y creencias religiosas
- ♦ Efecto “filtro social”: familiares de alto nivel no incluyen a sus hijos en estudios de familias desfavorecidas y si el tratamiento resulta se aplicará en familias privilegiadas.
- ♦ Informar riesgos del procedimiento por sí mismo derivados del error humano ¹.

El consentimiento informado en pediatría, por tanto, debe entenderse como un proceso de toma de decisiones, centrado en una relación tripartita (pediatra-niño-padres), en virtud de la cual estos últimos aceptan o no las recomendaciones diagnósticas o terapéuticas, toda vez que desde una situación de competencia se han comprendido las circunstancias del proceso, las consecuencias de su decisión, así como las decisiones alternativas.

El presente trabajo se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en pediatría en el uso de vacunas por los profesionales de la salud.

Material y método:

Se realizó una encuesta anónima a 30 profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeros y licenciados del Hospital pediátrico Docente “William Soler” durante los meses de Junio y Julio del año 2008 (ver anexos).

Posteriormente se anotaron los resultados de las encuestas en una planilla de vaciamiento donde se procesaron los datos obtenidos, apoyados por el programa Microsoft Excel de Windows XP y los paquetes estadísticos NCSS y STATISTICA.

Se calculó el porcentaje de profesionales de la salud que participaron en la encuesta según su especialidad (médicos, enfermeros y licenciados), así como la cantidad y porcentaje según sexo, años de trabajo profesional y otras variables que hacen alusión al consentimiento informado, aplicando la estadística descriptiva (ver Encuesta en Anexos).

Resultados y Discusión:

Se encuestó un total de 30 profesionales de la salud, 7 del sexo masculino para un 23.3 % y 23 del sexo femenino para un 76.6 %. Esto coincide con los datos del centro nacional de estadísticas, de que la fuerza laboral de mayor peso en el sector Salud, es femenina. (Ver Anexos Gráfico No.1).

Con respecto a los años de experiencia profesional, obtuvimos los siguientes datos:

Menos de 5 años de experiencia: 1 (3.3%)

Entre 6-10 años: 9 (30%)

Entre 11-19 años: 12 (40%)

> 20 años: 8 (26.6%)

El mayor porcentaje de experiencia profesional se encuentra en el grupo de 11 a 19 años (40%). (Ver Anexos Gráfico No. 2).

La distribución de los encuestados según la rama de la profesión médica fue la siguiente:

Médicos: 26 (86.6%)

Licenciado en Enfermería: 3 (10%)

Licenciado en laboratorio clínico: 1 (3.3%)

De todos ellos, los estudios de postgraduado recibidos fueron los siguientes:

Especialidad: 26 médicos especialistas (16 en alergología, 4 en inmunología, 2 en MGI y 4 en pediatría)

Maestrías: 8 masteres (4 en enfermedades infecciosas y 4 en atención integral al niño)

Doctorado: 1 Doctor en Ciencias Médicas (especialista en Inmunología)

Otros estudios: 3 Diplomados.

Solamente 10 profesionales han pasado algún curso sobre Bioética ó Ética Médica (33.3%). La mayoría de los encuestados (20) nunca han pasado cursos de este tipo (66.6%).

Con respecto al servicio donde desempeñan su trabajo, 4 laboran en policlínicos, pero estaban pasando cursos en nuestro hospital en el momento de la encuesta. Los restantes laboran en nuestro hospital.

Con respecto a la información recogida sobre el consentimiento informado:

En la literatura revisada, no se encontraron referencias sobre un estudio descriptivo que utilice encuestas a profesionales de la salud sobre el consentimiento informado en vacunas pediátricas en nuestro país, por lo cual no se pudo establecer comparaciones con otros autores cubanos.

Del total de los encuestados, 28 plantean que en su servicio, por lo general, la información del diagnóstico la da el médico tratante, para un 93.3%. Solamente 2 de ellos plantean que la información del diagnóstico la da alguien del equipo médico.

Esto confirma el criterio predominante sobre el papel del médico de cabecera como el profesional que debe guiar las acciones

sobre sus pacientes. A esto ha contribuido el comité de ética asistencial y de la investigación.

Se recogió el dato de que en los servicios, por lo general, se le da la información a los padres solamente por 3 encuestados, para un 10%; a los padres y al paciente, adecuando la información según la edad de este, por 24 encuestados, para un 80%; y a los padres para que se la transmitan al paciente por 3 encuestados, para un 10%.

Podemos apreciar que la mayoría plantea que la información se les da a los padres y al paciente según la edad; esto parece estar influenciado por el perfil ocupacional de nuestros profesionales, ya que todos trabajan vinculados a la pediatría y tienen noción de este tema.

En el caso de aplicar vacunas del esquema o terapéuticas (de alergia):

14 profesionales plantean que solamente se informa al paciente (46.6%) y 16 que se les informa y se pide su consentimiento (53.3%). (Ver Anexos Gráfico No. 3).

Como es costumbre en una institución pediátrica, casi siempre se solicita el consentimiento a los padres, o a los niños cuando tienen edad para poder decidir. No obstante, existe todavía un porcentaje considerable de profesionales que informa solamente, por lo que la práctica del consentimiento informado continúa siendo insuficiente.

En caso del uso de estas vacunas, 18 encuestados plantean que se les informa al paciente o sus familiares, por lo general, unos días antes (60%), 2 plantean que el día antes (6.6%) y 10 que poco antes de su aplicación (33.3%). Este aspecto debe mejorarse, ya que mientras de más tiempo dispongan familiares o pacientes para procesar la información, podrán analizar mejor qué es lo conveniente para su salud y consultar con su médico cualquier duda que les surja.

Sobre las reacciones adversas que pueden presentarse con el uso de las vacunas, 26 encuestados plantean que se le explica al paciente o sus familiares (86.6%). Solamente 4 plantean que no se les informa (13.3%).

Sobre las interacciones con otros medicamentos, 17 plantearon que sí se informa (56.6%) y 13 que no (43.3%).

Es necesario trabajar más para que no exista un solo profesional que no informe a sus pacientes o familiares sobre las reacciones adversas a las vacunas, ya que las mismas se observan a veces con bastante frecuencia, así como de la interacción con otros medicamentos. Este punto es de especial atención en los pacientes pediátricos, tan susceptibles a presentar reacciones adversas con este tipo de productos. De esta forma se evita accidentes innecesarios.

Sobre los riesgos potenciales de transmitir enfermedades infecciosas a través de las vacunas, 15 plantean que se les informa (50%) y 15 que no (50%). Este aspecto también hay que seguirlo de cerca. Los comités de ética deben enfatizar en que el médico recoja en su consentimiento las posibles enfermedades infecciosas que puedan transmitir las vacunas y establecer la relación riesgo-beneficio en cada caso en particular, dándole siempre a pacientes y familiares la opción de elegir, con previas explicaciones bien explícitas y sencillas. No podemos darnos el lujo de que solo la mitad de los profesionales analicen bien este punto tan importante.

Sobre la presencia de otras enfermedades o eventos que contraindican el uso de las vacunas, 24 plantean que se les informa (80%) y 6 que no (20%).

Del total de encuestados, 18 plantean que ha ocurrido en algu-

na ocasión que se informe solamente a los familiares y no al paciente (60%) Todos alegaron que se debía a la corta edad del paciente.

Este aspecto es de vital importancia, ya que los niños pequeños no pueden decidir y son los padres quienes deben hacerlo. Es difícil determinar cuando un niño o adolescente tiene la capacidad de tomar decisiones de adultos o lo que se denomina en lenguaje jurídico la mayoría de edad. Existen criterios diferentes y es necesario tener el discernimiento adecuado para conocer cuándo el paciente pediátrico alcanza su madurez individual para pedir directamente su consentimiento.

Con respecto a la edad en que los encuestados creyeron que un niño o adolescente está capacitado para ser informado sobre el uso de vacunas, se obtuvieron los datos siguientes:

Tabla No. 1 Edad en que consideran los encuestados que está capacitado el paciente pediátrico para ser informado y dar su consentimiento.

Edad que consideran que están capacitados para ser informados:	Cantidad de encuestados:
3 años	1
5 años	2
6 años	2
7 años	2
8 años	1
10 años	6
12 años	2
15 años	4
16 años	4
18 años	1
adolescencia en general	2
cuando alcance la madurez individual	1
siempre	1
no conocen	1

Fuente: Encuestas.

Como puede apreciarse, la mayoría ubica como la edad en que pueden ser informados los pacientes pediátricos entre los 10 y 16 años (53.3%). (Ver Anexos Gráfico No. 4).

De los encuestados, 24 plantean que están de acuerdo que con la edad que ellos opinan puedan dar los pacientes su consentimiento (80%); 6 (20%) plantean que debe ser en presencia de los padres, debido a que el menor todavía no está preparado lo suficiente.

El 100% de los encuestados plantea que nunca en su servicio toma la decisión el equipo médico sin informar a los pacientes y familiares.

La mayoría de los encuestados (23, para 76.6%) plantea que hay una buena comunicación entre médicos y enfermeras sobre la información que se da a los pacientes o que se recibe de los mismos; solamente 7 (23.3%) plantean que no, arrojando como principal causa la falta de conocimiento sobre el tema. Por otra parte, 23 plantean que existen en su servicio protocolos específicos de CI escrito para algunas determinadas enfermedades; solamente 7 plantean que no. De los que dicen que existe, 6 opinan que estos son suficientes (20%) y el resto (24, para 80 %) que debería haber más.

Es importante que se profundice siempre en este aspecto para mejorar la calidad de la atención médica y que se

promocione más la elaboración de protocolos para diferentes enfermedades.

Plantean 28 encuestados que, si no existe CI por escrito, nunca lo solicitan los familiares (93.3%). Solamente 2 dicen que sí alegando que los familiares plantean que ha sido por miedo a las reacciones adversas de las vacunas (6.6%).

Plantean 16 encuestados que es el médico quien entrega el documento de CI al paciente y recoge su firma (53.3%), 2 que puede ser el médico o la enfermera indistintamente (6.6%), 3 plantean que es el investigador principal (10%) y 9 desconocen quién debe dar la información (30%).

Consideran 17 encuestados que los pacientes no entienden bien el texto del consentimiento informado (56.6%) y 13 opina que sí (43.3%). Un total de 19 plantea que los pacientes no le dan importancia al documento, ni preguntan sobre él, ni lo comentan con los profesionales (63.3%). En cambio, 11 plantean que sí le dan importancia los pacientes al documento (36.6%). (Ver Anexos Gráfico No. 5).

Este desinterés del paciente con respecto al CI se debe a la falta de educación que existe en el tema, por lo que se debe divulgar más no sólo entre los profesionales, sino a pacientes y familiares, para que conozcan los derechos que tienen a elegir su tratamiento.

A la pregunta sobre problemas recientes con algún paciente por aspectos relacionados con la información recibida, 29 (96.6%) plantean que no ha habido ninguno. Solamente 1 alega que sí y fue por miedo exagerado a las reacciones adversas a las vacunas (3.3%).

Aspectos que consideran los encuestados que podrían mejorarse en su servicio en cuanto a la información y consentimiento informado con los pacientes:

Crear cursos de bioética: 7

Hacer protocolos de investigación: 2

Aplicar más el Consentimiento informado: 2

Informar adecuadamente sobre el tratamiento de las patologías: 2

Hablar más del tema: 1

Ninguno: 3

Solo aplicarse: 1

No saben: 12

Como puede apreciarse, 40 % no conoce qué debe hacerse para mejorar este aspecto (Ver Anexos Gráfico No. 6), influenciado por la falta de conferencias, cursos y otros aspectos sobre el consentimiento informado que los capacite adecuadamente. El 23.3% plantea que deben crearse más cursos de Bioética y un 10% plantea que no debe mejorarse ningún aspecto.

Conclusiones:

La mayoría de los encuestados no ha recibido nunca formación Bioética. Predomina el criterio de que la información del diagnóstico la da el médico tratante, a los padres y al paciente en conjunto, según la edad del mismo. La mayoría informa a los familiares o al paciente y pide su consentimiento a la hora de aplicar vacunas, aunque existe un porcentaje importante que todavía no lo hace; a menudo se informa del uso de las vacunas unos días antes del comienzo del tratamiento y esta información incluye las reacciones adversas a las mismas, así como

las interacciones con otros medicamentos. Sobre el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas a través de las vacunas, solamente la mitad plantea que se les informa. La mayoría ubica la edad en que pueden ser informados los pacientes pediátricos entre los 10 y 16 años.

La totalidad de los encuestados plantea que nunca en su servicio toma la decisión el equipo médico sin informar a los pacientes y familiares; un porcentaje elevado considera que hay una buena comunicación entre médicos y enfermeras sobre la información que se da a los pacientes o que se recibe de ellos y que, cuando no ha existido consentimiento informado por escrito, nunca lo han solicitado los familiares. Una parte significativa de los encuestados piensa que los pacientes no entienden bien el texto del CI y que no le dan importancia al mismo. La mayoría plantea que es el médico quien debe entregar el documento al paciente y recoger su firma.

No ha existido ningún problema reciente con ningún paciente por aspectos relacionados con la información recibida. La mayoría de los encuestados no conoce qué debe hacerse para mejorar la calidad del consentimiento informado.

Bibliografía:

1. Torres R. Aspectos éticos en Pediatría. Una aproximación. En Acosta JR editor. Bioética desde una perspectiva cubana. 1 ed La Habana: Centro Félix Varela. 1997. p 150.
2. Núñez de Villavicencio F. Consentimiento educado vs. Consentimiento informado. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(4)
3. Garduño EA y cols: Consentimiento informado en pediatría. Rev Mex Pediatr 2001; 68(3); 108-111
4. Veatch MR. *Abandoning informed consent*. Hastings Center Report. 1995; 25: 5.
5. Shield HPJ. El consentimiento del niño a su tratamiento. *BMJ ed. Mexicana* 1994; 2: 150.
6. Gracia GD. Bioética y pediatría. *Rev Esp Pediatr* 1997; 53: 99.
7. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108: 379.
8. Mill SJ. Editor. *Sobre la libertad*. 1ª ed. Ed. Alianza Editorial, Madrid 2000.
9. González J. Ética. *Rev Conamed* 1999; 4: 11.
10. Kraus A, Cabral RA. *La bioética* 1ª ed. Ed. Tercer Milenio. Conaculta. México, 1999; 12-15.
11. Rodríguez NA, Martiñón MJ. Aspectos prácticos del consentimiento informado en pediatría. *Rev Esp Pediatr* 1995; 51: 399.
12. Editorial. Physicians often misunderstand their patient's preferences for life-sustaining treatment. *Res Activities* 1993; 170
13. Resumen citado en *Bol Of Sanit Panam* 1994; 116: 162.
14. Schultz K. *In Hungary, Children Help Decide*. Hastings Center Report 1993; 23: 21.
15. Barrio MJM. La bioética entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda. *Cuadernos de Bioética* 2000; XI: 291.
16. Ramírez MM, Espinoza AP, Viniegra VL. El respeto a los intereses de los pacientes pediátricos. *Rev Inves Clin* 1996; 48: 361.
17. González, P. Breve reflexión sobre el consentimiento informado en pediatría. *Rev Bioética*, Mayo-agosto 2007, p 5-7
18. Roitt IM. *Inmunología: Fundamentos*. 9ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. p 108-131
19. Abbas Abul K. *Inmunología Celular y Molecular*. 4ª ed. Madrid: Mc Graw; 2002. p. 419-440
20. Stites DP. *Medical Immunology*. 9th. ed. Stanford: Mc Graw; 1997. p 327-371

¹ Médico, especialista en Inmunología. Master en Enfermedades Infecciosas. Master en Bioética.

Profesor asistente. Hosp. Pediátrico Docente "William Soler", ciudad de La Habana. e-mail: ariel.jauma@infomed.sld.cu

Investigación sobre “El consentimiento informado en pediatría”

Se le ha solicitado que participe en una investigación sobre la aplicación del consentimiento informado en pediatría en el uso de las vacunas pediátricas. Tratamos de conocer mejor la forma en que se entrega la información por parte de los profesionales de la salud –médicos y enfermeras- a los usuarios del sistema de salud y a sus familiares. Así podremos también proponer algunas mejoras, que ayuden a la dirección de los hospitales, a los profesionales que trabajan en ellos, y a los usuarios del sistema de salud.

Para esto, le pediremos que conteste por escrito una encuesta corta. Será totalmente anónima y no figurará ninguno de sus datos personales en los resultados de la investigación. Los datos obtenidos serán confidenciales y solamente se darán a conocer los resultados generales de la investigación, no sus respuestas concretas.

Si no desea contestar alguna de las preguntas, puede hacerlo. Para cualquier consulta que desee realizar puede acudir al investigador que le entrega la encuesta.

Gracias por su colaboración.

ENCUESTA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA.

(En el uso de vacunas pediátricas).

Después de haber leído la solicitud del consentimiento informado para participar voluntariamente en esta investigación anónima, llene la siguiente encuesta. Recuerde que es anónima, y no con fines de aplicar sanciones. Le rogamos trate de ser sincero en su respuesta. Puede extenderse lo que usted considere cuando la respuesta así lo exija, aunque se espera sean breves. Entregar al profesional que le aplica la encuesta.

Encuesta:

A. Datos profesionales

1. Sexo: ☐ masculino ☐ femenino

2. Años de trabajo profesional: _____

3. Graduado de:

☐ Médico ☐ Licenciado Enfermería

Estudios de Postgraduado:

Especialidad: _____

Maestría en: _____

Doctorado en: _____

Otros estudios: _____

¿Ha pasado algún curso sobre Bioética ó Ética Médica?

Sí ☐ No ☐

4. Servicio donde desempeña su trabajo: _____

B. Información y consentimiento informado

1.- En su Servicio, por lo general, la información del diagnóstico la da:

☐ el médico tratante ☐ alguien del equipo médico

Si es otra variante, descríbala _____

2.- En su Servicio, por lo general, se le da la información

☐ A los padres solamente.

☐ A los padres y al paciente, adecuando la información según la edad del paciente.

☐ A los padres y estos que se la transmitan al paciente.

3.- En el caso de aplicar vacunas del esquema o terapéuticas (de alergia):

Se les informa solamente Sí ☐ No ☐

Se les informa y se pide su consentimiento Sí ☐ No ☐

4.- En caso del uso de estas vacunas se les informa -por lo general-

☐ unos días antes

☐ el día antes

☐ poco antes

5.- Se le explica al paciente o sus familiares sobre:

a) Las reacciones adversas que pueden presentarse con el uso de las vacunas Sí ☐ No ☐

b) Las interacciones con otros medicamentos S ☐ No ☐

c) Los riesgos potenciales de transmitir enfermedades infecciosas a través de las vacunas Sí ☐ No ☐

d) La presencia de otras enfermedades o eventos que contraindican el uso de las vacunas Sí ☐ No ☐

6.- Ha ocurrido en alguna ocasión que se informe solamente a los familiares y no al paciente: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿Por qué motivos?:

7.- ¿A partir de cual edad cree usted que un niño o adolescente está capacitado para ser informado sobre el uso de vacunas?

8.- ¿Considera usted que con esa edad esté capacitado para dar su consentimiento?

Sí ☐ No ☐ En caso negativo, explique por qué motivos.

9.- ¿En algunos casos –en su servicio- toma la decisión el equipo médico sin informar ni al paciente ni a los familiares?

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿por qué motivos?

GRAFICO 2



GRAFICO 3

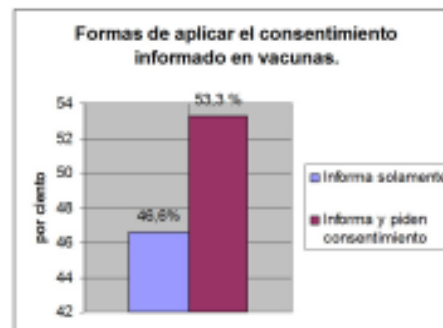


GRAFICO 4

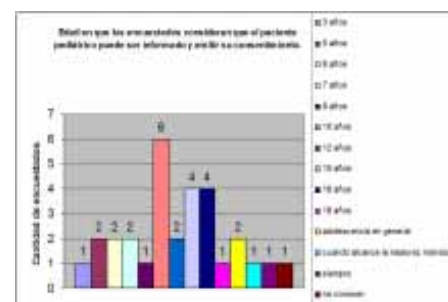
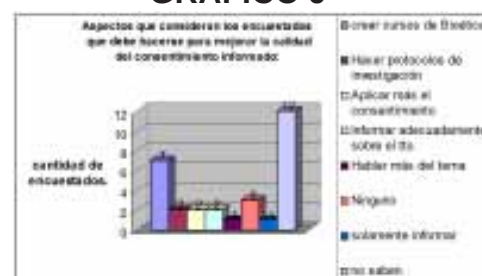


GRAFICO 5



GRAFICO 6



10.- ¿Hay una buena comunicación entre médicos y enfermeras sobre la información que se da a los pacientes o que se recibe de los propios pacientes? Sí ☐ No ☐

11.- Si existe algún problema de comunicación entre médicos y enfermeras, ¿a qué cree que se debe por lo general?

12.- ¿Existen en su servicio protocolos específicos de consentimiento informado escrito para algunas determinadas enfermedades? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo considera que:

- ☐ son suficientes
☐ Debería haber más
☐ Hay demasiados y debería haber menos

13. Si no existe consentimiento informado por escrito ¿alguna vez se lo han solicitado los familiares? Si ☐ No ☐
 En caso afirmativo ¿en qué ocasión?

14. ¿Quién le entrega el documento de consentimiento informado al paciente y recoge su firma? _____

15. ¿Piensa que los pacientes entienden bien el texto del consentimiento informado? Sí ☐ No ☐

16. ¿Le dan importancia los pacientes al documento, preguntan sobre él, lo comentan con los profesionales? Sí ☐ No ☐

17. ¿Ha habido algunos problemas recientes con algún paciente por aspectos relacionados con la información recibida? Sí ☐ No ☐
 En caso afirmativo, ¿a qué se han debido? _____

18. Por último, ¿qué aspectos considera que podrían mejorarse en su servicio en cuanto a la información y consentimiento informado con los pacientes?

Muchas gracias por su colaboración.

GRAFICO 1

