



Consentimiento informado en pacientes pediátricos hospitalizados: percepción por el personal de salud y los cuidadores.

Raizabith Moreno ¹.

Ana istúriz ².

Néstor Villegas ³.

Dalmacia Noguera ⁴.

¹Médico residente del Postgrado universitario de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

²Médico residente del Postgrado universitario de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

³Médico residente del Postgrado universitario de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

⁴Pediatra. Magister Scientiarum en Bioética. Adjunto al Departamento de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.
dalmanog@gmail.com.

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 06 de Julio del 2016 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

El consentimiento informado (CI) es un proceso de comunicación entre el personal de salud, el paciente y familiares, que optimiza la atención en salud. Objetivo: evaluar el CI en pacientes hospitalizados, según creencias y expectativas del personal de salud y cuidadores, del Departamento de Pediatría del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Métodos: diseño transversal, observacional, prospectivo, por medio de un cuestionario aplicado al personal de salud y a cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados, en enero a febrero de 2016. Resultados: escaso número de cuidadores y de profesionales de la salud, perciben el CI como un proceso; para ambos, las causas de la enfermedad y el tratamiento fueron los aspectos más importantes del CI; las situaciones más difíciles para el personal de salud se relacionaron con mal pronóstico, fallecimientos y rechazo de la enfermedad. Discusión: la capacitación del personal de salud en el CI es fundamental para mejorar la atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: consentimiento informado, pediatría, personal de salud, cuidadores

INFORMED CONSENT IN HOSPITALIZED PEDIATRIC PATIENTS: PERCEPTION BY HEALTH PERSONNEL AND CAREGIVERS

SUMMARY

Informed consent (IC) is a process of communication between health personnel, patient and family, which optimizes health care. Objective: We decided to evaluate CI in hospitalized patients, according to the beliefs and expectations of health workers and caregivers, at the Department of Pediatrics, Military Hospital "Dr. Carlos Arvelo " in Caracas, Venezuela. Methods: Cross-sectional, observational, prospective research, through a questionnaire applied to health workers and caregivers of pediatric patients hospitalized in January and February 2016. Results: a small number of caregivers and health professionals perceive the CI as part of a process; and rather it is perceived as a written authorization for diagnosing and treating patients. In this approach the dialogic part of the process is lost, diminishing the role of parents. It seems necessary to improve the training of health personnel towards a better understanding of the whole process.

KEY WORDS: informed consent, Pediatrics, health personnel, caregivers

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS: PERCEPCIÓN POR EL PERSONAL DE SALUD Y LOS CUIDADORES.

INTRODUCCIÓN

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 ⁽¹⁾.

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. La Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescentes en su artículo 43 hace referencia sobre el derecho de los niños y adolescentes en ser informados en cuanto a su condición de salud (2-4).

Es por ello que, el consentimiento informado (CI) es un proceso gradual y verbal en el marco de la relación personal de salud - paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, recibir un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado con calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y los beneficios que este conlleva, así como sus posibles alternativas.

Para que una persona pueda otorgar su consentimiento, es necesario que se cumplan los siguientes elementos:

a) competencia, claro que es discutible, pero legalmente la ejercen sólo los adultos; b) información clara, precisa, oportuna y al nivel de los enfermos, lejos de los habituales tecnicismos del lenguaje médico; c) convencimiento de la comprensión de dicha información, y d) autorización libre sin coacción ni intimidaciones (1).

El proceso consentimiento informado es continuo, es dado a través de una entrevista clínica que permite al médico informar adecuadamente al paciente, con lenguaje claro para que la información sea comprendida por el mismo, según sus características socioculturales; debe realizarse en el momento adecuado para el paciente en presencia de sus familiares allegados o representante legal, en un lugar con privacidad, no delante de personas ajenas al área afectiva del paciente ni en los pasillos del hospital, evitando la inducción del consentimiento que debe ser libre y espontáneo después de aclaradas todas las dudas que sobre el proceder pueda tener el enfermo (1).

Frecuentemente el proceso de CI suele confundirse en la práctica con una explicación al paciente o sus familiares de los riesgos - beneficios de un procedimiento y cuya finalidad es conseguir la firma de un documento que legalice la práctica profesional (5).

En el caso de la Pediatría, el consentimiento es otorgado por los padres y/o cuidadores, quienes habitualmente son los representantes del paciente. No obstante, de acuerdo con sus limitaciones, en la medida en que el niño sea capaz de tomar una decisión, a ésta habrá que darle su valor y respeto (6).

Según Diego Gracia, "las decisiones sobre el cuerpo y la vida del niño y del joven deben hacerse siempre buscando su mayor beneficio", coincide éste o no con el deseo o el criterio del propio sujeto. Naturalmente, siempre que esté en juego la vida, la salud o el bienestar del niño, el mayor beneficio consiste en la defensa de esos valores, aun a costa de contrariar su voluntad. Por tanto, los conflictos entre beneficencia y autonomía han de resolverse en favor de la primera, aunque ello suponga una lesión de la segunda, que según el modelo clásico se

hacían siempre proyectando su beneficio o su mayor interés (7).

Por tal razón, ningún acto médico deberá realizarse sin el previo consentimiento informado de los padres o representantes. El consentimiento informado es, en cierta forma, el espíritu de la autonomía. Para entablar un diálogo de esta naturaleza se necesita que los padres hayan sido informados, hayan comprendido el beneficio y los riesgos de la decisión que correrá su hijo y que todo esto sea sin ninguna coacción. Los padres deben recibir del médico información completa, adecuada y veraz, implicando que el médico utilice un lenguaje adecuado y una terminología comprensible para entregar a los padres una información suficiente en calidad, permitiendo a éstos ubicarse en la realidad de su hijo y comprender el alcance y las consecuencias de sus decisiones. Cuando el médico entrega a los padres la posibilidad de tomar decisiones informadas, está respetando su autonomía y protegiendo al niño, ya que ellos son biológicamente y culturalmente los defensores de los mejores intereses del niño.

El dilema ético en Pediatría surge cuando la decisión de los padres parece no defender los intereses del niño, sino sus propios intereses. El asumir la decisión por la falta de autonomía no implica el derecho a tomar cualquier decisión, sino la responsabilidad de defender los mejores intereses del menor. Cuando esta circunstancia se presenta, aparece la luz del médico: el principio de beneficencia.

En virtud de este principio el médico se ve obligado a proporcionar y ofrecer a los pacientes lo mejor para ellos desde la perspectiva de la medicina curativa y preventiva.

Cuando esto sucede el médico debe intervenir para que la sociedad asuma su responsabilidad en favor de la defensa de los intereses del niño que no está siendo adecuadamente representado por sus cuidadores. La intervención de organismos o instancias sociales defensoras de los menores, gubernamentales o privados, son opciones que pueden intervenir para la solución de algunos conflictos. A esta situación extrema sólo se debe acudir cuando existen razones fundadas de que los padres no cumplen con su papel de defensores del niño. Pero la discrepancia en la toma de decisiones entre los cuidadores y el pediatra, con respecto a lo que se debe o no hacer en beneficio del niño no debe conducir a la búsqueda precipitada de la instancia legal, pues hay que someter antes el problema al Comité de Ética de la institución el que deberá validar la decisión de manera colegiada, asumiendo, en último caso, su papel como protector de los derechos de los niños y de manera particular el de su autonomía. Cabe, sin embargo, reiterar que en casos de urgencia y sin posibilidad de saber la opinión de los padres o tutores, el médico está obligado a actuar defendiendo los intereses de los niños, de acuerdo a su juicio profesional (8).

El proceso del consentimiento informado otorga al enfermo la posibilidad de crecer como persona: a medida que se informa accede a la verdad. Al conocer la verdad

de lo que se le pide, e identificarla como un bien, podrá adherir a ella con mayor voluntariedad lo que permite un mejor ejercicio de su libertad, un trato conforme a su dignidad como persona (9).

Tomando en cuenta que, disponemos de escasos trabajos que exploren el proceso del consentimiento informado en nuestra institución, se consideró importante evaluarlo en

pacientes pediátricos hospitalizados, analizando las creencias, expectativas y preferencias de cuidadores, médicos y enfermeras de Servicio de Pediatría del Departamento de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” en el período enero- febrero de 2016.

Objetivo general:

Evaluar el proceso de consentimiento informado en pacientes pediátricos hospitalizados, según las creencias, expectativas y preferencias de cuidadores, médicos y enfermeras del Departamento de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” en el período enero- febrero de 2016.

Objetivos específicos:

- 1) Describir las expectativas de los cuidadores respecto a qué, cómo y dónde recibir la información sobre la salud de sus hijos
- 2) Describir las vivencias y prácticas habituales de médicos y personal de enfermería en el proceso de ofrecer información y de solicitar el consentimiento informado a los cuidadores de los pacientes pediátricos hospitalizados.

MÉTODOS

Estudio de diseño transversal, observacional, prospectivo, que incluyó al personal de salud (médicos y enfermeras) y a los cuidadores (madres, padres, representantes) en contacto directo con el paciente pediátrico hospitalizado en el Servicio de Hospitalización y Observación del Departamento de Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, en el período enero a febrero de 2016. Se excluyeron los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos y en el servicio de Oncología de la institución. La información se obtuvo por medio de la aplicación de un cuestionario en base a la literatura revisada⁽⁵⁾, de carácter anónimo, confidencial y voluntario, con tres formatos (médicos, personal de enfermería, cuidadores). El instrumento fue presentado y aprobado en el Comité de Ética de la institución e incluyó dos secciones, la primera recogió datos de identificación y la segunda constó de preguntas relacionadas con las expectativas, creencias y percepciones del proceso del consentimiento informado. Dicho cuestionario se aplicó por única vez a los sujetos incluidos en la investigación los cuales fueron contactados e informados personalmente sobre el estudio. Se les solicitó su consentimiento para participar y se les aplicó el instrumento en forma personal. El estudio se adhirió a la Declaración de Helsinki⁽¹⁰⁾.

Las respuestas obtenidas fueron ingresadas a una hoja de cálculo en MS-EXCEL 2010 (Microsoft Corp. Seattle, WA).

Cuestionario:

Primera sección:

Cuidadores: edad, género, relación con el niño, estratificación socioeconómica según Método

Graffar Méndez Castellano (11).

Médicos: clasificación según cargo (interno, residente, especialista), edad, género, número de años de experiencia laboral.

Enfermeras: edad, género, número de años de experiencia laboral.

Segunda sección:

· ¿Usted considera que el consentimiento informado es? Marque con una X una respuesta:

Proceso_____ Deber_____ Derecho_____ Documento_____

- Contenidos de la información a suministrar (categorizar según orden de importancia del 1 al 5 – 1 la más importante, 5 la menos importante): 1.causas de la enfermedad, 2. tratamiento, 3. evolución, 4. tiempo de hospitalización, 5. secuelas, pronóstico y calidad de vida,6. tipos de cuidados después del alta).
- Dónde **debería** ofrecer (*para el personal de salud*) o recibir (*para los cuidadores*) información y lugar habitual dónde ocurre.
- **Para los cuidadores:** satisfacción con la información recibida durante la hospitalización: (selecciones con una X una respuesta): (1)Muy Insatisfecho, (2)Insatisfecho, (3) Medianamente Satisfecho, (4)Satisfecho y (5) Muy Satisfecho.
- **Para el personal de salud:** mencione situaciones difíciles que enfrenta en el proceso de comunicar sobre la situación de enfermedad (pregunta abierta).

RESULTADOS

Con relación al personal de salud, la muestra estuvo constituida por 16 médicos (2 médicos internos y 14 residentes de postgrado de Pediatría) y 21 enfermeras; 30 del sexo femenino y 6 del masculino, con un promedio de edad de 32,22. El promedio de años en experiencia laboral fue 5 años para los médicos y 7 años para el personal de enfermería. Cuando se evaluó la pregunta ¿Usted considera que el consentimiento informado es? 23 consideraron que es un derecho, 7 un documento, 6 un deber y sólo un profesional de salud (médico) opinó, un proceso (opción correcta). En cuanto a la importancia del contenido de la información a suministrar en el consentimiento informado, el personal de salud seleccionó en su mayoría (22) como opción 1, el tratamiento, luego las causas de la enfermedad (18), siendo las menos importantes, las opciones: tiempo de hospitalización y cuidados después del alta. Con relación a la pregunta, dónde ofrecer información a los cuidadores de niños hospitalizados, 20 opinaron que lo ideal es el consultorio y 13 la habitación (3 no especificaron). En la pregunta abierta, sobre mencione situaciones difíciles que enfrenta en el proceso de comunicar sobre la situación de enfermedad, las más frecuentemente mencionadas fueron: dificultades en el proceso de comunicar diagnósticos, especialmente en casos de enfermedad terminal, oncológicos, mal pronóstico y fallecimiento, asimismo, la no aceptación de la enfermedad; el

personal de enfermería opinó (8) que la comunicación debe ser realizada por el médico.

Con respecto a los cuidadores de los niños hospitalizados, la muestra estuvo conformada por 18 representantes, 16 del sexo femenino, 12 madres, el resto familiares directos (padre, abuela), con un promedio de edad de 27,9 años, 12 pertenecientes al estrato IV según método Graffar Méndez Castellano. En cuanto a la pregunta sobre que considera un CI, 6 opinaron que es un proceso, 5 un derecho, 4 un documento y 3 un deber. Para los cuidadores, en orden de importancia, el contenido de la información del CI fue el siguiente: causa de la enfermedad 11 representantes, tratamiento, 7, y como menos importante, el tiempo de hospitalización, evolución y cuidados después del alta. Los cuidadores refirieron que la información era suministrada en la habitación (10) y el resto en un consultorio, al interrogar sobre el lugar ideal dónde recibir la información, 11 consideraron en el consultorio. En cuanto al nivel de satisfacción 10 reportaron estar satisfechos, y 2 opinaron sentirse insatisfechos con la información recibida.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el proceso de consentimiento informado en pacientes pediátricos hospitalizados, según las creencias, expectativas y preferencias de cuidadores, médicos y enfermeras del Departamento de Puericultura y Pediatría del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” en el período enero- febrero 2016.

Se encontró que el CI es percibido como un derecho para el personal de salud, y como un documento que autoriza los procedimientos que se van a realizar. Una minoría lo concibe como un proceso de diálogo. Según Ovalle G el CI es entendido por la mayoría de médicos y enfermeras como un instrumento legal que confirma la realización de un proceso de información que es diligenciado en un documento, igualmente que hace parte de la historia clínica y que implica una serie de procedimientos estandarizados, es visto como una situación específica en la que el paciente recibe información sobre su salud por parte del médico, lo que no implica que el paciente se asuma como agente con capacidad de decidir; con respecto al servicio de Pediatría, dicho autor menciona que los padres exigen de los médicos dicha información y en todo momento están preguntando y se muestran inquietos sobre las condiciones y alternativas médicas (12).

Adicionalmente Monsalve L et al, encontraron el CI se concibe en tres formas: como un acto formal, legal y normativo en el que se obtiene la firma del paciente; la segunda como un reconocimiento de la autonomía del paciente y la tercera como un proceso de comunicación y de reconocer la necesidad de la deliberación del paciente, independientemente de su nivel educativo (13).

Por otra parte, Iglesias, reporta que la mayoría de los profesionales piensan que el CI es un instrumento de protección ante posibles demandas, en vez de garantizar que se ha producido una correcta información y admitieron no tener suficiente formación sobre lo que es el consentimiento informado, así mismo los autores identificaron que el predominio de la relación médico-paciente es paternalista por ser el médico quien posee todo el conocimiento e información para el manejo del paciente; González G et al hallaron que para la mayoría de

los médicos entrevistados, el consentimiento informado es una defensa legal (14,15).

En cuanto al contenido de la información suministrada en el CI, tanto el personal de salud como los cuidadores concordaron que las causas de la enfermedad como el tratamiento eran los más importantes. Bascuñan et al (5) reportan más importante, para los profesionales de la salud, el diagnóstico y para los cuidadores, el pronóstico y los cuidados en el momento del alta. Asimismo, en el presente trabajo, tanto para el personal de salud como para los cuidadores, el lugar dónde ofrecer y recibir información, es la habitación o en el consultorio, según dichos autores, la mayoría de los profesionales considera que lo más adecuado sería informar a la madre en una habitación privada. Sin embargo, esto ocurre ocasionalmente puesto que generalmente la información es ofrecida al lado de la cama del paciente o en el pasillo. Los profesionales expresan la importancia y necesidad de contar con un lugar que proporcione privacidad para comunicarse con los padres.

El grado de satisfacción fue en su mayoría calificada satisfecha y moderadamente satisfecha, es de hacer notar que dicha percepción es de carácter subjetiva, y depende las creencias, perspectivas, nivel socio- cultural, entre otros aspectos inherentes al cuidador y al diagnóstico del paciente.

Por lo anteriormente reportado, Lorda S (16), recomienda que el proceso del CI se realice en dos partes: inicialmente con la información estrictamente necesaria, pues el objetivo principal es preservar la vida del niño, aliviar el dolor y minimizar las posibles complicaciones (principio de la Beneficencia) y a posteriori, una vez la crisis se haya superado y el niño este estabilizado, retomar el proceso del consentimiento junto con el paciente-familia, para lo cual el médico debe tener en cuenta qué como derecho de la familia se brinde sobre la condición de su hijo(a) una información clara, completa, veraz, oportuna, sin tecnicismos, con un lenguaje apropiado y concreto sobre el diagnóstico, pronóstico y los posibles tratamientos.

Con relación a la pregunta realizada al personal de salud sobre situaciones difíciles que han enfrentado durante el CI, cabe destacar la importancia de informar al personal de salud en forma permanente, como lo destacan Galván- Meléndez et al (17) que reportan deficiencias en la información sobre CI en personal de salud e indican la necesidad de realizar capacitaciones sobre estos aspectos debido al alto interés de dichos profesionales.

Asimismo, Morris C y Mc Clean K reportan que la relación médico-paciente depende de la gravedad del paciente (18,19).

Ver el CI como un documento de autorización y protección legal, puede hacer que pierda su verdadero sentido, que es el del respeto por las personas y que en pediatría debe entenderse como un proceso continuo de toma de decisiones, progresivo, consensuado y dialógico, centrado en una relación tripartita (médico-paciente-familia). Este proceso y esta relación es necesaria en todos los aspectos médicos: prevención, diagnóstico, medidas terapéuticas e investigación.

Según lo expresado por Muñoz et al : "los padres del menor deben estar libres de coacción, no presionarlos a tomar decisiones apresuradas, cuando el médico da la posibilidad de ampliar y aclarar la información suministrada está respetando su autonomía y protegiendo al niño" y

según Medina y Vidal el personal médico y paramédico no debe desconocer los principios bioéticos y deshumanizar la atención del paciente pediátrico en aras del cientificismo; se parte del supuesto de que la familia busca lo mejor para sus hijos y que otorga la capacidad de decisión ejerciendo el Principio de Beneficencia, suponiendo una relación de amor con su hijo y por ende los mejores intereses para éste (20,21).

La principal limitación del presente estudio fue el poco número de participantes, por lo que se considera necesario el aumento del tiempo del estudio; sin embargo, en el contexto bioético, el beneficio individual, que se derive producto de la formación del personal de salud, específicamente en el proceso del CI redundará positivamente en la calidad de la atención y la relación personal de salud-paciente- familia.

Conclusiones:

El CI debe considerarse y percibirse como un proceso continuo, dialógico, permanente con el paciente y sus familiares que fortalezca la relación médico-paciente- familia.

El personal de salud tiene la obligación moral de escuchar con atención, paciencia y comprensión todo lo que el paciente y sus familiares quieran decir, a su vez de explicarle con claridad, usando un lenguaje sencillo, con empatía y cuantas veces como sea necesario, todo lo relacionado con la enfermedad del niño, su pronóstico, su posible evolución y tratamiento. Un número considerable de las necesidades insatisfechas reportadas por pacientes y familiares, se debe a una inadecuada y deficiente comunicación por parte del personal de salud.

Recomendaciones:

Promover, implementar y fortalecer acciones para la capacitación permanente del personal de salud con relación al proceso del CI, involucrando al Comité de ética y a los Comités académicos y asistenciales con los que cuenta la institución, lo cual permite mejorar la atención de los pacientes pediátricos hospitalizados. Igualmente relevante es incentivar y fortalecer líneas de investigación en Bioética a nivel nacional, específicamente en el área clínica asistencial.

Anexo

CUESTIONARIO REPRESENTANTES:

Representante: Madre () Padre () Abuela/o () Otro () Edad: Sexo: (F) ____ (M) ____

Religión:

| | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Al ingresar a la institución le explicaron en que consiste el consentimiento informado? | | |
| | | |

| | | |
|---|--|--|
| ¿Considera importante el consentimiento informado? | | |
| En caso de enfermedad grave, ¿está dispuesto a recibir la información sobre el pronóstico? | | |
| Ante cualquier procedimiento o tratamiento, ¿cree usted que se le debe informar sobre el mismo? | | |
| ¿Desearía usted que se le informara sobre el tiempo de hospitalización, evolución y consecuencias sobre la enfermedad de su hijo? | | |

¿Quién cree usted que es el encargado del consentimiento informado?

Médico _____ Enfermera _____ Estudiante _____

| | | |
|---|----|----|
| | SI | NO |
| ¿Entiende la información aportada por el médico o personal de enfermería? | | |

¿Hasta el momento de quien ha recibido información sobre la salud de su hijo?

Médico _____ Personal de enfermería _____ Estudiante _____

¿En qué momento considera que debería ser informado?

- a. Al ingreso _____
- b. Durante su estancia _____
- c. Si hay complicaciones _____

¿En qué lugar considera usted que debe ser administrada la información?

- a) Pasillo _____
- b) Habitación _____
- c) Área privada _____
- d) Cualquier lugar _____

CUESTIONARIO PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS:

1. ¿Sabe ud cómo informar adecuadamente al paciente sobre diagnóstico, pronóstico, complicaciones y procedimientos?

2. ¿Qué contenido considera que hay que informar?

a. Diagnóstico____

b. Pronóstico____

c. Evolución____

d. Tratamiento____

3. ¿En qué momento informa al paciente?

a. A su llegada____

b. Su estancia____

c. solo si hay complicaciones____

4. ¿Informa al representante sobre procedimientos realizados al paciente?

5. ¿Usted considera que el consentimiento informado es?

Proceso_____ Deber_____ Derecho_____ Documento_____

6. ¿Cuál considera usted el espacio adecuado para dar la información?

a. Pasillos____

b. habitaciones____

c.

d. área privada____

e. cualquier lugar____

7. ¿considera usted el nivel educativo del familiar como limitante para administrar información?

8. ¿Se siente capacitado para darle la información a los familiares del paciente sobre: enfermedades crónicas, mal pronóstico, fallecimiento?

REFERENCIAS

1. Garduño E, Reyes C, Ortiz G. Consentimiento informado en pediatría. Rev Mex Pediatr 2001;

68(3):108-111.

2. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. UNICEF. Madrid (Nov 20 1989). [consultado 15 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
3. Carta Europea de los niños hospitalizados. Parlamento Europeo. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.pediatriasocial.com/Documentos/cartaeuropea.pdf>
4. Ley Orgánica para la Protección del Niño/a y Adolescentes de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5266, 02 de octubre de 1998.
5. Bascuñan M, Oppiger W. Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo Rev Chil Pediatr 2011; 82 (3): 204-210.
6. Ulloa Olivera C, Díaz García S. El consentimiento informado en pediatría. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(3):
7. Gracia D. Bioética y Pediatría. Revista española de pediatría 1997; 53: 103-110.
8. Muñoz Zurita G, Rivera Tapia J, Rojas Ruiz N. La bioética en la toma de decisiones médicas en niños hospitalizados. Rev Mex Pediatr 2004; 71(5): 243-247.
9. Orellana-Peña C, Olmos-Olmedo J, Rojas-De la Vega J, Rebolledo-García E. Sobreexposición de los pacientes en hospitales docentes: la experiencia en un servicio de medicina. Pers Bioét 2011;15(1):78-89.
10. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013 [consultado 13 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf>.
11. Méndez Castellano H. Sociedad y estratificación. Método Graffar Méndez- Castellano. Caracas. Fundacredesa. 1984.
12. Ovalle Gómez, C. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Colección Bios y Oikos, volumen 7. Bogotá: Policromía digital, Universidad El Bosque, 2009. 253p.
13. Monsalve L, Wiesner C, Restrepo M, Herrera J. Rev Colomb Cancerol 2009;13(1):8-21.
14. Iglesias Lepine M. Consentimiento Informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario. Revista Clínica Española 2007;207(10): 483-488.
15. González G, Hermana M, Hernández R, Cambra Lasaosa F, Rodríguez A, Failde I et al. Encuesta de ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españolas. An Pediatr 2006;64(6):542-549.
16. El consentimiento informado, Historia teoría y práctica. Pablo Simón Lorda. Editorial Tricastela, Madrid, 2000.

17. Galván-Meléndez F, Castañeda-Martínez Y, Camacho-Sánchez M, Ortiz-Jiménez M, Meléndez-Hurtado R, Basio-Reyes J. Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. Conamed 2013;18(2):53-58. [consultado 13 febrero 2016]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=41
18. Morris C. Consent for practicing difficult intubation techniques. Anaesthesia 2005(2): 205-206.
19. McClean K, Card S. Informed consent skills in internal medicine residency: how are residents taught, and what do they learn? Academy Medicine 2004; 79 (2): 128-133. [citado 20 dic 2015].
20. Muñoz Zurita G, Rivera Tapia J, Rojas Ruiz N. La bioética en la toma de decisiones médica en niños hospitalizados. Revista Mexicana de pediatría 2004, 71(5): 243-247. [citado 20 nov 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2004/sp045g.pdf>.
21. Medina Ramírez M, Vidal Gual J. Agresión a la dignidad y autonomía de los niños sometidos a procedimientos dolorosos. Revista Mexicana de Pediatría 2000; 67 (4): 176-179. [citado 15 dic 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2000/sp004f.pdf>