

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

Licenciatura en Enfermería.

Nombre: Celia Juárez Vázquez.

Grado: Octavo cuatrimestre.

Proyecto: Investigación

Docente: Cesar Alfredo Cabrera.

Fecha: sábado 13 de febrero.

San Cristóbal de las Casas, Chiapas;

Normas constitucionales, administrativas y civiles de implicación en la ética profesional de enfermería.

Las normas oficiales mexicanas son regulaciones técnicas y de orden jurídico que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros evaluables para evitar riesgos a la población.

En el último decenio han adquirido gran importancia en el sistema jurídico mexicano, son expedidas con fundamento constitucional, y determinan procesos y programas necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios.

- **PROY-NOM-023-SSA3-2007**, Para la prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud.

Objetivo: Definir los lineamientos y procedimientos de operación, así como los criterios para la prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud.

Justificación: Establecer los criterios y lineamientos para que el personal profesional de enfermería prescriba medicamentos bajo condiciones muy específicas de: modo, tiempo y lugar, con el objetivo de cubrir las necesidades de atención a la salud a grupos de población que por condiciones geográficas no tengan acceso a los servicios de salud.

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012**, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Los avances tecnológicos en la medicina, así como la evolución y el mejoramiento de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, han propiciado que la práctica de la cirugía mayor ambulatoria se lleve a cabo con mayor frecuencia para la atención de un gran número de patologías. Mediante este tipo de procedimientos quirúrgicos, es posible alcanzar los resultados terapéuticos esperados y garantizar que la recuperación del paciente se logre con los más altos estándares de calidad y seguridad, sin la necesidad de llevar a cabo la hospitalización del mismo.

Objetivo

La presente norma tiene por objeto, establecer los criterios y características mínimas que deben observar los profesionales y técnicos del área de la salud, que intervengan en la cirugía mayor ambulatoria, así como de las características y criterios administrativos, de organización y funcionamiento de los establecimientos

para la atención médica, donde se practique ésta.

Campo de aplicación

Esta norma es de observancia obligatoria para los profesionales y técnicos del área de la salud, así como para los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, donde se practique cirugía mayor ambulatoria.

Definiciones y abreviaturas

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

Admisión de cirugía mayor ambulatoria, al espacio arquitectónico donde se lleva a cabo el control administrativo de ingreso y egreso del paciente.

Alta de la unidad de cirugía mayor ambulatoria, al egreso del paciente de la unidad de cirugía mayor ambulatoria en un lapso no mayor de 12 horas, considerado a partir de su ingreso, durante el cual se haya realizado el acto quirúrgico y haya concluido su recuperación post-anestésica.

Cirugía mayor ambulatoria, a los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso a la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Referencia, al envío de un paciente a otro establecimiento de atención médica.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria, al conjunto de locales, áreas y servicios, que cuentan con la infraestructura física y equipamiento necesarios para la atención, en los periodos pre, trans y post-quirúrgicos, de los pacientes que requieren ser sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.

Abreviaturas

ASA: American Society of Anesthesiologists, por sus siglas en inglés (Asociación Americana de Anestesiólogos).

Clasificación del Estado Físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA).

- Estado físico I Paciente saludable no sometido a cirugía electiva.
- Estado físico II Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
- Estado físico III Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, ángor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
- Estado físico IV Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
- Estado físico V Se trata del paciente terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico

Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.

Campo de aplicación

Esta Norma Oficial es de observancia obligatoria en todas las instituciones de atención que prestan servicios médicos y comprende a los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Generalidades.

La vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales deberá realizarse a través de un sistema que unifique criterios para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la información generada por cada unidad de atención médica para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización en la resolución de problemas epidemiológicos y de operación por los niveles técnico-administrativos en las distintas instituciones de salud conforme se establezca en la normatividad aplicable.

La vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales considera los subcomponentes de información, supervisión, evaluación, coordinación, capacitación en servicio e investigación, como base para su funcionamiento operativo adecuado dentro del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales.

La información epidemiológica generada por la RHOVE tendrá uso clínico, epidemiológico, estadístico y de salud pública. Su manejo observará los principios de confidencialidad para proteger la identidad individual de los pacientes.

La información epidemiológica de las infecciones nosocomiales deberá ser registrada en los formularios establecidos por el nivel normativo tanto de la Secretaría de Salud como de sus equivalentes en otras instituciones del SNS, para el análisis general y particular, y deberá retroalimentar a todo el sistema.

La RHOVE aportará la información necesaria para que se establezcan los indicadores para la evaluación y seguimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones adquiridas en el hospital, así como de su comportamiento epidemiológico, según se establece en la normatividad para la certificación de hospitales.

El documento de consentimiento informado.

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados:

- Nombre del proyecto de investigación en el que participará.
- Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
- Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio.
- Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio, así como las molestias que pudieran generar.
- Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- Compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación.
- Aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos.
- Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas

al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

- Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.
- El documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado. También debe de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el proyecto de investigación. Su participación siempre es libre y voluntaria. Por lo tanto, en ningún momento debe sentirse presionado para colaborar en las investigaciones.
- Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

- a. **Derecho a la información:** la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.
- b. **Libertad de elección:** después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico.

Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

EJEMPLO:

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL			
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			
Yo _____ (1)		_____/_____/_____ (2)	
Nombre completo del paciente		Número de Seguridad Social y agregado	
Reconozco que el/la Dr. (a) _____ (3) me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s):			
1.- _____			
2.- _____ (4)			
3.- _____			
Nombre del (los) procedimiento(s) quirúrgico(s)			
En que consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(s).			
Sobre el por qué y para qué está(n) indicado(s) el que se me haga este(os) procedimiento(s) en mi caso; los beneficios esperados después del tratamiento quirúrgico, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud.			
El Doctor me informó de la existencia de otros procedimientos quirúrgicos alternativos al que me está(n) proponiendo y que este es el más indicado para mi caso; además me explicó, que durante o después del(os) procedimiento(s) puedo requerir la utilización de algún componente sanguíneo. De las molestias que puedo tener o sentir después del(os) procedimientos(s) quirúrgico(s) que se me va(n) a realizar.			
Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el tratamiento quirúrgico propuesto y declaró que en todo momento existió su disposición para aclarar mis dudas o ampliar la información. Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al(os) procedimiento(s) quirúrgico(s).			
Con el fin de facilitar mi recuperación, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda.			
Acorde a lo anterior, declaro lo siguiente: es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el tratamiento quirúrgico amba mencionado y otros que se requieran en caso de presentarse alguna contingencia o urgencia durante la realización de este(os) a juicio del equipo médico, con el fin de restablecer mi salud o mejorar mi estado actual, el(os) cual(es) se efectuará(n) en: _____ (5)			
Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria			
Lugar: _____ (6)		Fecha: ____/____/____.	
Día Mes Año			
MÉDICO TRATANTE			PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE
_____ Nombre	(7) _____ Matrícula	_____ Firma	_____ Nombre (8) _____ Firma
TESTIGO 1		TESTIGO 2	
_____ Nombre (9)	_____ Firma	_____ Nombre (9)	_____ Firma

Consentimiento informado Paciente Obstétrico.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		Unidad Médica (1)
	CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION		Nombre (2)
<small>CON FUNDAMENTO EN REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ARTICULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1996. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1.1.1, A LA 10.1.1.4.</small>			Número de Seguridad Social (3)
			Edad (4)
			Lugar y fecha (5)
Servicio (6)	Cama No. (7)		
Yo _____ (8) Nombre (s) del paciente Expreso mi libre voluntad para autorizar el procedimiento o intervención quirúrgica señalada en este documento después de haberme proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, de igual forma los beneficios. El médico me informó la existencia de procedimientos alternativos, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla antes del procedimiento o intervención. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas. Otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.			
Procedimiento o intervención quirúrgica Electiva () (9) Urgente ()			
Diagnóstico previo al procedimiento o intervención quirúrgica: (10)			
Procedimiento o intervención quirúrgica proyectada: (11)			
Riesgos mas frecuentes inherentes al procedimiento o intervención quirúrgica y a las condiciones actuales del paciente: (12)			
Beneficios: (13)			
Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o persona legalmente responsable (14)		Nombre completo y firma del testigo (15)	
Nombre completo, matricula y firma del médico tratante (16)		Nombre completo y firma del testigo. (17)	

IMPRUDENCIA PROFESIONAL:

Imprudencia Profesional.

De acuerdo con el esquema neoclásico de la teoría jurídica del delito, se define la imprudencia o culpa por referencia a dos elementos constitutivos: la infracción del deber de cuidado y la previsibilidad.

El profesor Mezger, afirma que "actúa imprudentemente el que infringe un deber de cuidado que personalmente le incumbe y puede prever la aparición del resultado".

Consecuentemente, puede afirmarse que ocurre imprudencia en quien realiza un hecho típicamente antijurídico, no intencionalmente, sino a causa de haber infringido el deber de cuidado que personalmente le era exigible.

La imprudencia grave consiste en la omisión de la diligencia más elemental, por lo que viene a traducir las hipótesis de culpa lata.

La imprudencia leve se define ordinariamente por referencia al cuidado exigible al hombre medio, pero, conceptualmente, representa una fórmula residual que comprende todas las hipótesis de imprudencia. Les da origen la omisión de la diligencia en que no concurre gravedad.

- La imprudencia, rasgos definidores.

Doctrinalmente ha venido siendo considerada como aquella conducta humana (acción u omisión) voluntaria, no intencional o maliciosa que, por falta de previsión o por inobservancia de un deber de cuidado, produce un resultado dañoso.

a) Una acción u omisión voluntaria, no intencional o maliciosa.

b) Actuación negligente o reprochable por falta de precaución más o menos relevante (factor psicológico o subjetivo, eje o nervioso de la conducta culpable en cuanto propiciador del riesgo, al marginarse la racional presencia de consecuencias nocivas de la acción u omisión emprendidas.

c) Factor normativo o externo, representado por la infracción del deber objetivo de cuidado, traducido en normas específicas reguladoras y de buen gobierno que deben observarse en el desarrollo de determinadas actividades, hallándose en la infracción de tales principios o normas socio-culturales o legales la raíz del elemento de ilicitud o incumplimiento detectables en la conducta culpable.

d) Origenación de un daño o alteración de la situación preexistente que el sujeto debía evitar como previsible, prevenible y evitable y evitable, caso de haberse observado el deber objetivo de cuidado que tenía impuesto y que por serlo exigible debiera haber cumplido puntual e ineludiblemente.

e) Adecuada relación de causalidad entre el proceder inobservable del deber objetivo de cuidado y el daño subsecuente, lo que supone la traducción del peligro potencial en tránsito o que debió prevalecer, en una consecuencia real.

f) Relevancia jurídica de la relación causalidad, no bastando la mera relación natural sino que precisa que el resultado hubiese podido evitarse con una conducta cuidadosa.