

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Consentimiento informado en el paciente quirúrgico

#### Informed consent in the operated patient

**Dra. Daily Peña Borroto; Dra. Nidia Alfonso Puentes; Dr. Ramiro Alfonso Puentes**

Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 364 pacientes anunciados al salón de operaciones, de forma electiva, para ser intervenidos quirúrgicamente por las especialidades de cirugía general, neurocirugía y ortopedia. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech de Camagüey desde julio a septiembre de 2002 con el objetivo de evaluar el nivel de información recibida por los pacientes antes de una intervención anestésica y quirúrgica. Se excluyeron los pacientes que por su estado clínico deteriorado no estaban en condiciones de tomar una decisión. Se encontró que el 22, 25 y 21, 70 % de los pacientes desconocían los riesgos que podía tener la intervención quirúrgica y anestésica, respectivamente. El 82, 41 % de los pacientes no recibió ninguna información sobre riesgos quirúrgicos, este porcentaje fue superior para los riesgos anestésicos (87, 91 %). Sólo a un 34, 35 % de los pacientes se les solicitó su consentimiento para la cirugía, cifra aún menor para el método anestésico empleado (7, 97 %). Existió un bajo grado de conocimiento de los pacientes sobre la intervención médica realizada y escasa información proporcionada, más acentuada cuando se trató de riesgos anestésicos, predominaron los pacientes a los que no se

les solicitó el consentimiento informado. Los datos se procesaron estadísticamente, se aceptó como significativo un valor de  $P \leq 0,05$ .

**DeCS:** CONSENTIMIENTO CONSCIENTE; COOPERACIÓN DEL PACIENTE /psicología/ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS

## **ABSTRACT**

A descriptive, cross-sectional study was carried out in 364 patients electively selected for being surgically intervened by general surgery, neurosurgery and orthopedic specialities. The study was performed at Manuel Ascunce Domenech Provincial Hospital of Camagüey, from July to September 2002, with the aim of evaluating the level of information received by the patients before the anesthetic and surgical intervention. Those patients, who had a deteriorated clinical state and were not competent for taking a decision, were excluded. It was found that the 22, 25 % and 21, 70 % of patients did not know the risk that this surgical anesthetic intervention may bring about, respectively. The 82, 41 % of patients did not receive any information about surgical risks, this percentage was asked their consent for surgery, figure even lower for the anesthetic method used (7, 97 %). There was a low level of knowledge of patients about the medical intervention performed and few information given, more accentuated when the anesthetic risk were treated; patients who were not asked the informed consent prevailed. Data were statistically processed, it was accepted as significant a value of  $P \leq 0.05$ .

**DeCS:** INFORMED CONSENT; PATIENT COMPLIANCE /psychology/OPERATIVE SURGICAL PROCEDURES

## **INTRODUCCIÓN**

La Bioética es la aplicación de la ética en todos los ámbitos de la Biología, define los principios y reexamina los valores éticos para regular y apoyar las decisiones ante dilemas de casos extremos, relacionados con la vida en toda

su dimensión, desde antes del nacimiento y hasta la muerte; <sup>1</sup> de modo que no es exagerado decir que constituye el nuevo rostro de la ética científica. <sup>2</sup>

Precisamente desde el punto de vista ético, existen dos modelos que determinan la responsabilidad moral de los médicos en general y de los anestesiólogos: el modelo de beneficencia y el de autonomía. <sup>3</sup>

El modelo de beneficencia entiende y contempla los mejores intereses del paciente exclusivamente desde el punto de vista de la medicina ejercida y practicada por el médico. El de autonomía interpreta los intereses desde su propio punto de vista y tal como él lo entienda. <sup>3</sup> En este modelo es necesario que el médico promueva en el paciente la comprensión de la situación, plantee opciones y exponga las consecuencias de toda intervención. <sup>4</sup> A través de esta nueva relación médico-paciente se obtiene el "consentimiento informado", cuya doctrina se basa en que el paciente, tras haber recibido y comprendido una información suficiente acerca de su problema clínico, de forma autónoma y libre, acepta determinados planteamientos diagnósticos-terapéuticos sugeridos por el médico. <sup>5-8</sup>

Sin embargo, a pesar de su importancia y obligado cumplimiento en el marco de los ensayos clínicos <sup>9</sup> y de su necesidad en otras situaciones, <sup>10</sup> el proceso de consentimiento informado es conocido de forma incompleta y dista mucho de realizarse de una manera sistemática en la práctica clínica. <sup>7, 11</sup>

El deber de información del médico al paciente resulta también inherente al ejercicio del anestesiólogo que debe hacer llegar al enfermo las circunstancias de la anestesia que le va a suministrar, las diversas alternativas existentes y sus consecuencias intra y postoperatorias, <sup>12, 13</sup> para que el enfermo adopte la decisión que juzgue más conveniente una vez informado sobre su situación.

Con el objetivo de evaluar el nivel de información recibida por los pacientes ante una intervención anestésica y quirúrgica realizamos nuestro estudio.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma electiva en el Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Manuel A. Domenech de la provincia de Camagüey desde julio a septiembre de 2002. Se incluyeron los pacientes anunciados al salón de operaciones de forma electiva por las especialidades de cirugía general, neurocirugía, y

ortopedia; se excluyeron pacientes que por su estado clínico deteriorado no estaban capacitados para tomar una decisión que fuera coherente (competencia del sujeto). La muestra quedó finalmente constituida por 364 pacientes. La recolección de la información se realizó mediante la aplicación a los pacientes de un cuestionario, modificado y adaptado al uso por Pérez-Moreno et al.<sup>12</sup>

El cuestionario recogió 11 variables con una sola opción de respuesta y fue aplicado en la sala quirúrgica correspondiente, posterior a la realización de la consulta de anestesiología. La información recogida en la encuesta se codificó manualmente y se procesó estadísticamente, obtuvimos distribución de frecuencia, medidas de tendencia central, media aritmética con DE, tablas de contingencia y test de chi cuadrado; se aceptó como significativo el valor de  $P \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 189 pacientes del sexo masculino (51,92 %) y 175 del sexo femenino (48,08 %). La cirugía general fue la que aportó mayor número de pacientes (45,60 %) y fueron más frecuentes en la muestra los jubilados (26 %). Tabla 1.

**Tabla 1.** Características generales de los pacientes

<b>Edad (Media ± DE)</b>	<b>49,12 años DE= 22,81</b>
<b>rango 18-75</b>	
<b>Sexo M/F</b>	189 (51,92 %) 175 (48,08 %)
<b>Tipo de Cirugía:</b>	
<b>General</b>	166 (45,60 %)
<b>Neurocirugía</b>	56 (15,38 %)
<b>Ortopedia</b>	142 (39,02 %)
<b>Profesión:</b>	
<b>Obrero</b>	61 (17 %)
<b>Técnico Medio</b>	66 (18 %)
<b>Profesional</b>	63 (17 %)
<b>Jubilado</b>	94 (26 %)
<b>Ama de casa</b>	80 (22 %)

Con respecto al grado de conocimiento de los pacientes sobre los riesgos de la intervención quirúrgica y de la anestesia, el 22, 25 % desconocía los riesgos de este proceder, se comportó de forma similar el 21, 70 % con relación a los riesgos anestésicos; el desconocimiento sobre las consecuencias de la anestesia fue mayor, ya que el 48, 07 % de los pacientes señalaron como riesgo el fallecimiento y sólo el 17, 85 % la cirugía con significación estadística. Tabla 2.

**Tabla 2.** Grado de conocimiento sobre los riesgos de la intervención quirúrgica y la anestesia

	¿Qué riesgo piensa pueda tener la intervención quirúrgica?		¿Qué riesgos piensa pueda tener la anestesia?	
	No	%	No.	%
No sabe	81	22,25	79	21,70
Ninguno	28	7,7	20	5,49
Leves	72	19,78	35	9,62
Graves	74	20,33	29	7,98
Muy graves	44	12,09	26	7,14
Fallecimiento	65	17,85	175	48,07

\*P < 0,05

Se evaluó el nivel de información recibida por los pacientes sobre los riesgos anestésico-quirúrgicos previo a la cirugía, el 82, 41 % de los enfermos no recibió ninguna información sobre los riesgos quirúrgicos, este por ciento fue aún superior para los riesgos anestésicos (87, 91 %), lo cual resultó significativo ( $P \leq 0,05$ ). Tabla 3.

**Tabla 3.** Información a los pacientes sobre riesgos de la anestesia y cirugía

	Si	%	No	%	Total	%
¿Se le ha informado de los riesgos de la cirugía?	64	17,59	300	82,41	364	100
¿Se le ha informado de los riesgos de la anestesia?	44	12,09	320	87,91	364	100

$P \leq 0,05$

Según las variables tipo de anestesia e información sobre los riesgos anestésicoquirúrgicos, al 80, 93 % de los pacientes que recibieron anestesia general no se les informó de los riesgos quirúrgicos, se elevó a 87, 44 % para los riesgos anestésicos. Estos porcentajes fueron algo mayores para los que recibieron anestesia regional y local, al 100 % de los pacientes a los cuales se les suministró anestesia local no se les informó de sus posibles riesgos, lo que resultó significativo ( $P \leq 0,05$ ). Tabla 4.

**Tabla 4.** Asociación entre el tipo de anestesia y la información de los riesgos anestésicos y quirúrgicos

	¿Se le ha informado de los riesgos de cirugía?				¿Se le ha informado de los riesgos de anestesia?			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>Local + sedación (n=5)</b>	-	-	5	100	-	-	5	100
<b>Regional (n=144)</b>	23	15,97	121	84,03	17	11,80	127	88,20
<b>General (n= 215)</b>	41	19,07	174	80,93	27	12,56	188	87,44

$P < 0,05$

Sólo al 34, 35 % de los pacientes se les solicitó su consentimiento para la cirugía. En relación con el método anestésico el 7, 97 % dio su consentimiento, al 92, 03 % restante no se le pidió su consentimiento para recibir el método anestésico seleccionado ( $P \leq 0,05$ ). Tabla 5.

**Tabla. 5.** Solicitud del consentimiento informado

	Si	%	No	%	Total	%
<b>¿Se le pidió su consentimiento para ser operado?</b>	125	34,35	239	65,65	364	100
<b>¿Dio su consentimiento para el método anestésico empleado?</b>	29	7,97	335	92,03	364	100

$P < 0,05$

## DISCUSIÓN

La emergencia de la Bioética junto con el reconocimiento de la autonomía del paciente, entre otros factores, han dado lugar al reconocimiento de los derechos de los enfermos, el consentimiento informado es uno de los más importantes; sin embargo, hasta el momento este derecho es poco reconocido y aplicado tanto por los médicos como por los "usuarios." <sup>11, 14</sup>

En este trabajo se destaca el bajo grado de conocimiento de los pacientes sobre los riesgos de la intervención quirúrgica y anestésica y la escasa información proporcionada. Este desconocimiento es mayor, con respecto a los riesgos anestésicos. Los resultados de nuestro estudio coinciden con los de Pérez-Moreno, et al. <sup>12</sup> aunque las cifras de desconocimiento son aún mayores; todo esto puede estar relacionado con el hecho de que la investigación anterior fue realizada en un país capitalista, donde los elementos de la Bioética han cobrado un alto grado de exigencia y prevalecen los principios jurídicos relacionados con los derechos de los pacientes al consentimiento informado.

Diferentes autores señalan que una información detallada, no incrementa la ansiedad del paciente, <sup>15, 16</sup> muchos profesionales alegan esto, como la razón fundamental por la que no dan información al paciente.

Con el empleo de técnicas para la medición de la ansiedad preoperatoria, distintos autores demuestran sistemáticamente que los pacientes están más ansiosos antes de la cirugía que en cualquier otro momento de la experiencia médica. <sup>3</sup>

La comunicación entre el equipo de salud y el paciente, adecuada a las circunstancias y a la personalidad de éste, es uno de los mecanismos más efectivos para moderar y controlar las situaciones psicofísicas generadas por los estímulos estresantes. <sup>3</sup>

Es habitual que la consulta preanestésica se realice en una situación de gran incertidumbre: ¿quién será?, ¿qué me hará?, ¿sabrá hacerlo?, ¿qué consecuencias tendrá lo que me haga?, etc., a ello se suman la ansiedad, el temor y la aprensión que se siente frente a la inminencia de un acontecimiento (anestesia, operación, postoperatorio) que se supone riesgoso. Por lo que el anestesiólogo, en dicha entrevista, debe intentar no sólo revertir la carga emotiva, de prejuicio, misterio y riesgo que rodea la

palabra "anestesia" y la preocupación sobre la inminencia "de lo que vendrá, " y eliminar la incertidumbre que origina su propia personalidad. <sup>3</sup>

En nuestro estudio los porcentajes de desinformación fueron similares con los diferentes métodos anestésicos seleccionados, pero con una proporción un poco mayor con el empleo de la anestesia local.

Contrariamente a lo que sucede con el cirujano, la relación médico-paciente entablada con el anestesiólogo es limitada, sin la continuidad ni el tiempo que cumplen otros actos médicos diagnósticos o terapéuticos. En el mejor de los casos, el anestesiólogo contacta con el paciente un día antes de la cirugía y lo vuelve a ver el día de la cirugía, generalmente en el quirófano.

Wikinski <sup>17</sup> plantea que el consentimiento para anestesiología debe contener una descripción global de las técnicas propuestas, la posibilidad de que en algunas circunstancias se cambie el plan consentido y la fórmula del consentimiento propiamente dicho.

Según la doctrina del consentimiento informado, es insuficiente que el paciente decida sobre el tratamiento sin darle la información médica relevante sobre los riesgos, beneficios y las alteraciones del procedimiento propuesto. <sup>18</sup>

Como regla general, en la emergencia, el médico procede sin consentimiento del paciente, porque se presume que si éste hubiese podido prestar su voluntad como una persona razonable, lo hubiese dado, <sup>17</sup> en el resto de las circunstancias es obligatorio el consentimiento informado.

Con respecto a los resultados obtenidos, sólo estuvo presente la competencia del paciente, ya que los otros elementos del consentimiento informado (elementos informativos y de consentimiento que aseguran que se realice de forma voluntaria, sin coacciones y de forma autónoma) no se cumplieron, predominó el conocido modelo paternalista, donde los pacientes se ponen en las manos del médico y carecen de cualquier información y autonomía. Se evidenció que la información proporcionada, tanto por cirujanos como por anestesiólogos, presentó deficiencias importantes con una mala calidad por el bajo índice de información y conocimiento de los pacientes sobre los riesgos anestésicoquirúrgicos.



## CONCLUSIONES

Hubo un gran desconocimiento del riesgo anestésico y quirúrgico en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. El nivel de información proporcionada por anesestesiólogos y cirujanos fue de muy mala calidad, los pacientes no fueron informados previamente. En lo referente al nivel de información sobre el riesgo anestésico y quirúrgico, predominó la no información previa en ambos casos. Al relacionar el tipo de anestesia con el riesgo anestésicoquirúrgico, se obtuvieron resultados similares, los pacientes mostraron una elevada escasez de información. Al analizar la solicitud del consentimiento informado, previo al acto quirúrgico y método anestésico se encontró un por ciento mínimo de pacientes con conocimiento de su aplicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araujo M. Desarrollo de la Bioética y su aplicación en anestesiología. Principios y valores éticos. Rev Mex Anest 2001;18:151-3.
2. López A. Bioética para juristas. Cuadernos de Bioética 2002;6:211-22.
3. Wikinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. I Pte .El deber de informar. Rev Arg Anest 1999;51:87-105.
4. Lara MC, de la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. Bol of Sanit Panam 1990;108: 439-44.
5. Finkelstein D, Karsh M, Faden R. Informed consent and medical ethics. Arch Ophthalmol 2003;111:324 -26.
6. Soriguer F. Cuando el médico decide por el paciente. Med Clin 2002;101:340-43.
7. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica I .Med Clìn 2000;100: 659-63.
8. Caplan RA. Informed consent in Anesthesia Liability: evidence from the close claims project. ASA Newsletter 2001;59:9-12.
9. Baluja I. Bioética en ensayos clínicos. Su aplicación actual. Rev Cub Med Gen Integr 2001;14 (4):340-6.
10. Simòn P. El Consentimiento informado: teoría y práctica (II). Med Clin (Barc) 2000; 101: 174-82.

11. Rodríguez A, Martín JM. El Consentimiento informado en pediatría. Aspectos prácticos. Cuadernos de Bioética 2001;6:188-95.
12. Pérez-Moreno JA, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev Esp Anestesiol Reanim 1998;45:130-35.
13. Llubí C. La información clínica y el consentimiento informado. Rev Esp Anestesiol Reanim 2000;42:405-6.
14. Gallego S, Hinojal R, Rodríguez JA. Los derechos de los pacientes: problemática práctica. Med Clin 2003;100:538-41.
15. Tabak N. Doctor's policy on explaining the implementation of novel experimental treatment to cancer patients. Med Law 1999;13:331-55.
16. Kerrigan DD, Thevasagayam RS, Woods TO, WcWelch I, Thomas WE, Shorthouse AJ, et al. Who's afraid of informed consent?. Br Med J 2000;306:298-300.
17. Wikinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. II Pte. El consentimiento como deber jurídico. Rev Arg Anest 1999;51:153-8.
18. Wikinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. III Pte. La doctrina del consentimiento informado. Rev Arg Anest 1999;51:159-176.

Recibido: 28 de enero de 2003

Aceptado: 16 de marzo de 2004

*Dra. Daily Peña Borroto.* Residente de 3er año en Anestesiología y Reanimación. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.