

Consentimiento informado en la práctica médica

Dr. Eddy García Velásquez; Dr. Luís Quintana López

Hospital Clínico Quirúrgico Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, analítico, descriptivo en Bioética sobre el cumplimiento del consentimiento informado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Amalia Simoni de la ciudad de Camagüey, con el objetivo de conocer qué información desean recibir los pacientes y cómo influye la falta de ésta en las quejas por insatisfacción, en cuanto a los servicios de salud. Se concluyó que la información que se debe suministrar debe ser clara, veraz y completa, y responder sólo a lo que en realidad el médico se ha dado cuenta, a través de una relación médico - paciente adecuada, que este último quiere conocer. Se observó que el 100% de las quejas por insatisfacción de debieron al mal uso del consentimiento informado por parte del médico a los pacientes o familiares.

DeCS: BIOETICA; MEDICINA INTERNA.

ABSTRACT

A cross-sectional, analytic and descriptive study on bioethics was carried out, dealing with the fulfillment of the informed consent in the internal medicine service of "Amalia Simoni" Provincial Teaching Hospital from Camaguey city, with the purpose of knowing which information patients need to receive and how the lack of it influences on the complaints for unsatisfaction on the part of the community as to the health service. It is concluded that the information should be clear, effective and complete, and answer only to what the doctor has noticed; through an adequate physician-patient relationship. It was observed that 100% of

unsatisfaction complaints were due to the incorrect use of the informed consent by the physician to patient or relatives.

DeCS: BIOETHICS; INTERNAL MEDICINE.

INTRODUCCIÓN

La bioética nace para delimitar si todo lo que es posible debido a la revolución científico - técnica se debe hacer desde el punto de vista ético, como límite entre lo que se puede y está permitido hacer (1,2).

Para la bioética, la autonomía del paciente es una de las formas más efectivas de evitar los efectos adversos de los adelantos científico - técnicos usados de forma inadecuada, y la base de esta autonomía es el consentimiento informado (3,4), definido como: la toma de decisiones autónomas y competentes por parte del paciente sobre su situación, cuando éste ha sido informado suficientemente sobre su estado, alternativas diagnósticas y terapéuticas, molestias posibles que éstas puedan causarles, riesgos potenciales y beneficios esperados (5,6).

Conocer un método para aplicar el consentimiento informado en la práctica médica, así como determinar a qué información tienen derecho nuestros pacientes y cómo la manejan nuestros médicos, es el objetivo principal de este trabajo de campo en Bioética.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico descriptivo sobre la práctica del consentimiento informado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Amalia Simoni de la Ciudad de Camagüey en el primer semestre de 1997. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes escogidos aleatoriamente de un universo de 742 enfermos que tenían como criterio de inclusión tener un reporte de cuidado y un pronóstico favorable en su expediente clínico; se le aplicó un cuestionario para conocer si deseaban información sobre su enfermedad en cuanto a pronósticos, opciones de diagnóstico y tratamiento, ésta se le suministró y al alta se comprobó qué había interpretado y su grado de satisfacción; además se estudiaron todas las quejas de insatisfacción del servicio, procedieran o no, durante

el mismo intervalo de tiempo, con el fin de conocer si el cumplimiento o no del consentimiento informado había influido en ellas.

Se utilizó el test de hipótesis de proporciones para obtener los resultados en variables cualitativas. Los resultados una vez analizados, se exponen en tablas.

RESULTADOS

Por cuanto el consentimiento informado se hace sobre la información que posea el paciente en relación con su enfermedad, pronóstico y opciones diagnósticas y de tratamiento, surge entonces la pregunta de ¿Qué debe saber el paciente?. La respuesta dependerá de dos ángulos, que pueden ser a veces opuestos: los internos del paciente como persona autónoma y el motivo ético que jerarquice en una escala de valores el médico (7,8).

De los 50 pacientes encuestados, 40 desean tener información, pero al analizar cuál, comprobamos que cuando el pronóstico es fatal y no hay tratamiento efectivo no lo desean; para algunos pacientes la información excesiva puede ser innecesaria y hasta indeseable, a pesar de aparentar desearla.

La Tabla 1 muestra que en un grupo de 24 pacientes que dijo querer conocer sobre su enfermedad, pronóstico y tratamiento, interpretó mal parte de la información que en realidad no pidió, por lo que resulta evidente que la información que se asimila es la que realmente desea. Tanto aquí como en las opciones diagnósticas el nivel de educación e instrucción del paciente influye considerablemente ($p < 0,05$). Por último, personas fundamentalmente ancianas no utilizan la decisión individual y otorgan a la familia el derecho a saber y a elegir por ellos, lo cual no funcionó en cinco de ocho pacientes.

**Tabla 1. Consentimiento informado en la práctica médica.
Según aspectos de interés para los pacientes**

Aspecto deseado	No.	Grado Interpretación	
		Completo	Incompleto
Sobre enfermedad, pronóstico y opciones de tratamiento.	24	18	6
Opciones de tratamiento	2	2	-
Opciones diagnósticos	6	3	3
Que se le informe todo al familiar	8	3	5
Total	40	26	14

Fuente: encuestas

P<0.05

La Tabla 2 expone cómo actuaron los médicos en cuanto a la razón esgrimida por ellos para dar la información. Se precisó que en 9 de los 10 pacientes su intención fue evitar daño o no brindarla si no se pide. Existe consenso (3,5) en cuanto a dar la información que no causará angustia, depresión o ideas autodestructivas al paciente. La correcta realización médico - paciente debe resolver el conflicto entre beneficencia y autonomía del paciente (7).

Tabla 2. Consentimiento informado en la práctica médica. Según razón esgrimida por el médico para no dar la información

Razón	No.
Evitar daño	6
No la pidió	3
Otras	1
Total	10

Fuente: encuestas.

Ya que la satisfacción del paciente es la mejor medida de la calidad de los servicios, se valoraron las 10 quejas por insatisfacción, procedieran o no, durante el período estudiado, correspondiendo 9 de ellas al plano humano (ético) y sólo una en el plano técnico, competencia o desempeño. En el primer caso, dificultad en la información no fue lo más veraz posible atendiendo al grado de comprensión del paciente, claridad, completamiento o combinaciones de éstas (Tabla 3).

**Tabla 3. Consentimiento informado en la práctica médica.
Según información que motivó queja.**

Tipo de información	No.
Información Incompleta	4
Información no clara	1
Información no comprensible	1
Combinación de éstas	2
Total	9

Fuente: encuestas

DISCUSIÓN

En los últimos años ha sido objetivo de debate la posibilidad de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas (1,5,6). Por el momento no existen pautas que sean consideradas válidas para todos los médicos ni en todos los países. Las opiniones se dividen en dos grupos dependiendo de los principios éticos que regulen la conducta del médico, pero fundamentalmente los de la sociedad a donde pertenece. En algunos países desarrollados, sobre todo en los Estados Unidos, donde el pragmatismo o el utilitarismo es la teoría ética de la sociedad y el modelo de los principios básicos de autonomía, beneficencia y justicia es la base de la ética, la autonomía es considerada como el valor fundamental; entonces es posible que el paciente en algunas circunstancias tome decisiones que no propicien su bienestar. Si por el contrario, ocurre como en casi todos los países de América Latina, se considera como el valor ético fundamentalmente el bienestar del paciente (beneficencia), la participación de éste en la toma de decisiones puede ser secundaria (5).

En Cuba nuestro código de ética médica prohíbe la información al paciente en caso de enfermedad de curso fatal, presumiendo que esto evitará angustia, depresión o sentimientos de autodestrucción por parte del paciente. Para nuestra sociedad no es el valor ético fundamental, aunque es importante y está subordinado al de la justicia, que permite distribuir de forma justa los recursos de salud a todas las personas por igual y de forma gratuita y es un valor superior a la autonomía absoluta de un individuo sobre la sociedad.

La libertad del paciente para escoger al personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) es ventajosa, pero no es necesaria para establecer una buena relación entre ambos, siempre y cuando tenga una formación humana adecuada el profesional de la salud y una educación también adecuada el paciente. En estas circunstancias la noción del respeto de la autonomía del paciente por parte del médico tiene gran importancia, pues no son quejas por fallas técnicas las que motivan insatisfacción por parte de pacientes y familiares de los servicios de salud, sino la falta de información y consentimiento a las acciones médicas (una manifestación particular del ejercicio de la autonomía) (7). La información debe ofrecerse en una discusión franca con el paciente o con el familiar en el caso que los códigos vigentes no impidan hacerlo con el primero, solicitando el consentimiento informado en un ejercicio real de comunicación que satisfaga sus interrogantes e inquietudes y evite información superflua que pueda mal interpretarse (5). De esta suerte, una vez que el paciente y la familia han dado su consentimiento bien informado para cualquier hecho relacionado con su tratamiento, investigaciones y pronósticos, etc, es poco probable que una queja por insatisfacción aparezca.

CONCLUSIONES

1. El paciente debe recibir la información que necesite, y el médico, a través de una adecuada relación médico - paciente debe comprobar de forma clara, total y lo más veraz posible la comprensión por parte del paciente.
2. En algunos pacientes la decisión individual es poco común y el consentimiento informado ha de pedirse además a los familiares o jefe familiar.
3. La mayoría de las quejas por insatisfacción se deben a problemas en la información que el médico le da al paciente o familiares, fundamentalmente porque ésta no es completa, abordando aspectos que a veces crean irritación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Shulle Connon S, Fuenzalidad HP. Bioética. Presentación de un número especial. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5y6): 141 - 204.
- 2.- Encyclopedia of Bioethica. Washington D.C: The free press. Mac Millan Publishing . 1982 : 146 - 342.
- 3.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana: Editorial Científico - Técnica; 1997:439 - 475.
- 4.- Gracia Diego: Fundamentos de Bioética. Madrid: Ed Eudema (Univ. Complutence S.A) 1989: 26 - 36.
- 5.- Gracia Diego: ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5 y 6) 570 - 85.
- 6.- Tarasco Mitchel M. Bioética. Rev. Internacional de Bioética y ética médica. Universidad de Anahuac, marzo 1995; 4 (2): 108 - 111.
- 7.- Acosta R.¿Es la vida un valor absoluto?. Rev. Avances médicos 1996; 3 (7): 59 - 61.
- 8.- Regón A.. ¿Qué bioética queremos?. Rev. Internacional Bioética. Universidad Anahuac 1994; 3 (2); 36 - 41.
- 9.- Rodríguez Luña A. Etica General. Rev. Internacional Bioética y ética médica 1993; 21 - 27.

Recibido:12 de marzo de 1997

Aprobado:24 de octubre de 1997