

Consentimiento informado

Armando Vargas Domínguez

Historia

Los antecedentes datan desde el juramento de Hipócrates, documento donde se difundieron principios éticos vigentes en la actualidad. A mediados del siglo XX se construyeron los cimientos legales al redactarse el Código de Nuremberg en 1947, diseñado después de la Segunda Guerra Mundial a causa de los crímenes de guerra en campos de concentración. Pasados unos años la Asamblea Médica Mundial, en 1964, concentró un conjunto de reglamentos en la Declaración de Helsinki, que ha sido modificada en varias ocasiones, por ejemplo en reuniones efectuadas en Tokio en 1975, Venecia 1983 y Edimburgo en el año 2000 entre otras.

México ha contribuido al avance de este tema por intermedio de la Comisión Nacional de Bioética, por otra parte la Comisión Nacional de Arbitraje Médico difundió en el año 2001¹ siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, que se enumeran a continuación.¹

1. Respeto en la relación médico-paciente.²
2. Consentimiento informado.
3. Registros correctos en el expediente clínico.
4. Conocimientos médicos actualizados.
5. Poseer título o diploma de la especialidad. No participar en prácticas delictivas.
6. Cuando no se cuente con los recursos apropiados, referir al paciente.
7. El médico atenderá una urgencia cuando sea el único cercano, nunca abandonar al enfermo.

Definición de consentimiento informado³

Con el enfermo bien enterado y libre de coacción, es la facultad para aceptar o declinar la atención médica, o de participar en un proyecto de investigación.

Sin duda es un proceso de comunicación entre el médico y el paciente. Es más que firmar un documento. Es la máxima expresión de esta relación.

Características^{3,4}

Si bien este proceso es una obligación legal y ética, debe llevarse a cabo en todos los casos. Al mismo

tiempo para adquirir toda la validez requerida, impone estar documentado en papel y firmado por el paciente, el facultativo y dos testigos.

El doliente será competente, esto significa estar en posesión de sus facultades mentales normales, no ser menor de edad, en este caso la responsabilidad recae en el familiar más cercano, lo mismo aplica para el incapacitado. Otra característica indispensable es tener voluntariedad, es decir aceptar cumplir con esta obligación por consentimiento propio, de ninguna manera obligado o simplemente por cumplir con exigencias del expediente.

Para alcanzar los mejores resultados es imprescindible recibir información suficiente, preguntar sobre cualquier detalle no entendido, cuestiones que el Galeno responderá con buen modo y con la amplitud necesaria.

El enfermo necesita otra distintiva de parte de los profesionales de la medicina, y es recibir comprensión de sus limitaciones.

Contenido del documento^{4,5}

Será incluido el diagnóstico de presunción o el definitivo, asimismo la naturaleza y propósito de los procedimientos a ejecutar, ya sean para complementarlo o los empleados en la terapéutica. El afectado conocerá los riesgos y beneficios del tratamiento, al mismo tiempo el de otros disponibles y los peligros y provechos de no recibirla. De esta manera se forja una opinión de los procedimientos que le serán aplicados.⁶

Otro aspecto ineludible es saber si la terapéutica está contenida en el seguro de gastos médicos, por el impacto económico que pudiera llevar a desembolsos catastróficos.

Con el fin de apreciar un panorama completo, el doliente conocerá la normatividad del hospital, al familiarizarse con estos aspectos no recibirá sorpresas desagradables contenidas en reglamentos.⁷

El médico responsable siempre será identificado para efectos de comunicación, aspectos legales, de apoyo psicológico y por líneas de mando. Al mismo tiempo es imperioso conocer las molestias que le ocasionarán, incluso las complicaciones factibles y los efectos adversos.

Servicio de Cirugía General, Hospital General de México

Correspondencia: Dr. Armando Vargas Domínguez

Servicio de Cirugía General Unidad 305, Hospital General de México

Dr. Balmis Núm. 148 Colonia Doctores

Méjico D.F. Tel. 27892000

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.mediographic.com/cirujanogeneral>

El paciente tendrá la facultad de elegir a su médico, situación difícil en la medicina socializada. También puede pedir cambio de médico y de ser asesorado por otros facultativos. Tendrá el derecho de tener respuesta a sus preguntas.

Anuencia del paciente^{3,4}

Acepta o rehúsa los procedimientos diagnósticos y los tratamientos, que le originen dolor o trastorno, que reduzcan su calidad de vida o su dignidad. De existir importante riesgo ofrecer otras alternativas, de estar disponibles. El médico no propondrá algo cuando el riesgo sea mayor al beneficio.

Independiente da su aquiescencia o se niegue a participar en protocolos de investigación. Asimismo en forma separada puede o no colaborar en la educación médica.

Se extiende a todas las especialidades y a cualquier persona. En niños o ancianos incapacitados es preciso un responsable. De no contar con esa persona es el médico tratante quien autorice la terapéutica o cualquiera otro en caso de urgencia. Todo será anotado en el expediente clínico. En duda el Comité de Ética del Hospital puede participar, en especial cuando el clínico tratante (quien tiene esa prerrogativa) se niegue a suministrar terapias que considere excesivas o inaguantables para la familia o el enfermo, desde los puntos de vista económico o ético.^{8,9}

Cuando se requiere^{4,9,10}

En el hospitalizado, en cualquier padecimiento, en particular en necesidad de cirugía o en control de la fertilidad. Resalta en los procedimientos invasivos y donde se juzgue posibilidad de secuelas. Lo mismo se dice de participar en protocolo de investigación.^{3,7}

En urgencias el consentimiento se considera aceptado, a excepción de rechazo de parte del paciente, quien además puede refutar terapias para alargar la vida en forma artificial.

Los trasladados a otra unidad médica exigen la autorización del afectado.

En el momento actual, en el siglo XXI, se considera más importante la opinión del doliente, es decir se da prioridad a la participación del enfermo, aún cuando no sea lo más favorable para la salud.

No obstante lo tradicional, es necesario vencer la tendencia de algunos dolientes que se niegan a aceptar su autonomía y se ponen en manos de los médicos, otros optan por tomar decisiones después de consultar a su cónyuge o a familiares.

Riesgos del consentimiento informado^{3,7}

Causar angustia, miedo o depresión por conocer su diagnóstico o pronóstico.

Originar inseguridad que desemboque en cambio de médico tratante, por otra persona menos competente o quien ofrezca mejores resultados sin fundamento.

Mala intención para producir miedo en familiares o aquejado, para rehuir la responsabilidad.

Deshonestidad en la información con fines económicos, para ganar experiencia, medicina defensiva o intenciones comerciales.

Ejercer medicina defensiva por dar datos de alarma, con la finalidad de protegerse de demandas o quejas.

Utilizar de pretexto el consentimiento para declinar la obligación de referirlo a otro facultativo.

Referencias

1. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. 2001.
2. Programa Nacional de Salud 2007-2012, México 2007.
3. Seminario: *El ejercicio actual de la Medicina*. <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2kl/2002/>
4. Código de ética. Academia Mexicana de Cirugía. Año 2010.
5. López JF. Aspectos legales y éticos del consentimiento informado en la atención médica en México. *Rev Mex de Patol Clin* 2001;46:3-6.
6. Alejandre GC, Gómez SJ. *Atención médica y trato digno*. Memoria del VI Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética, México 27-30 noviembre 2002: 95-100.
7. Gómez VL. *El médico y el enfermo terminal*. Memoria del VI Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética, México 27-30 noviembre 2002: 471-78.
8. Hamill MEM. *Tanatología y Bioética*. Corporativa Intermédica SA. México 2009: 105-122.
9. Tarasco MM. *Comités Hospitalarios de Bioética*. Manual Moderno, México 2007: 29-42.
10. Aguirre GH. Administración de la Calidad de la atención médica. *Rev Med IMSS* 1997;35:257-64.