



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 9, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2013 • pp. 72-78

Consentimiento bajo información de la cirugía del tercer molar. Evaluación de su comprensión

Cuauhtémoc Tovar Bernal*

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es evaluar la comprensión del *consentimiento informado* en la cirugía del tercer molar a través de una encuesta realizada al finalizar el procedimiento. Se obtuvieron como resultado 150 encuestas, de las cuales el 1.33% manifestó no haber recibido información clara acerca de su tratamiento y el 2% no entendió el contenido del documento de consentimiento bajo información. El 2.66% consideró no haber tenido la posibilidad de preguntar al médico sus dudas respecto a la intervención, 15.33% de los encuestados contestaron que no sabían que podían negarse a recibir el tratamiento propuesto y 34.67% consideraron que el documento sirve para liberar de responsabilidad de las complicaciones al médico. El 100% de los encuestados conocía que el procedimiento podía presentar riesgos y complicaciones y 36% no recordó ninguno. Las complicaciones mencionadas con mayor frecuencia fueron la inflamación, el dolor y la hemorragia. En escala numérica del 0-10, los pacientes expresaron la cantidad de información proporcionada que entendieron adecuadamente; el 5.33% seleccionó entre 5 y 7 de la escala; fue marcado el 8 por 18.67%; el 24% marcó el 9; el 52% consideró haber entendido toda la información, marcando el 10. Respecto a la cantidad de información recibida, el 76% manifestó que la información fue suficiente. **Conclusión:** Aunque la mayoría de los pacientes entendieron la información proporcionada, es necesario lograr que la información sea transmitida al paciente de una manera completa y sencilla para que

SUMMARY

*The aim of this study is to assess comprehension of informed consent in third molar surgery through a survey at the end of the procedure. Results were obtained as 150 surveys, of which 1.33% said that they had not received clear information about their treatment and 2% did not understand the content of the consent under information. The 2.66% considered to not had the opportunity to ask to the doctor their doubts about the intervention, 15.33% said they did not know they could refuse to receive the proposed treatment and 34.67% felt that the document serves to hold harmless the medical complications. The 100% of respondents knew that the procedure could present risks and complications, and 36% did not recall any complication. The most frequently reported complications were swelling, pain, bleeding. In numerical scale of 0-10, patients expressed the amount of information provided that properly understood, 5.33% selected between 5 and 7 of the scale, was marked the 8 in 18.67%, 24% scored 9 and 52% considered have understood all the information, scoring 10. Regarding the amount of information received, 76% said the information was sufficient. **Conclusion:** Although most patients understood the information provided, it is necessary to ensure that the information is transmitted to the patient in a complete and easy form, so that they can make the decision that suits them to accept or refuse treatment.*

* Cirujano Maxilofacial. Práctica privada, Nayarit.

Correspondencia:
Cuauhtémoc Tovar Bernal
Cel: 311 155 1764

Correo electrónico: od980033@hotmail.com

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

éste pueda tomar la decisión que más le convenga al aceptar o rechazar un tratamiento.

Palabras clave: Consentimiento informado, cirugía de tercer molar, información.

Key words: Informed consent, third molar surgery, information.

INTRODUCCIÓN

El *consentimiento informado* ha llegado a la medicina desde la materia del derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que esta rama del conocimiento ha realizado a la medicina. Estamos ante un «derecho humano primario y fundamental».¹

El desarrollo de las ciencias de la salud en las últimas décadas ha traído un cambio fundamental en el concepto de la relación profesional-paciente: se ha pasado de una relación paternalista en la cual el profesional de salud era, en cierto modo, omnipotente en las decisiones acerca del manejo de la salud del paciente, a una relación en la que la autonomía del paciente, como ser libre y personal, debe ser tenida en cuenta.² Esta relación se basaba en la confianza previa del paciente hacia el profesional que le trataba y en el médico que tomaba las decisiones que creía más acertadas. Tanto éstas como el éxito o el fracaso del diagnóstico o la terapéutica eran aceptados sin discusión por el enfermo y su familia.³

La autonomía es la facultad de gobernarse a sí mismo y de tomar decisiones, pero también es la facultad de negarse incluso a seguir las prescripciones si no parecen convenientes.⁴ La autonomía implica, en lo ético, que nadie puede utilizar a otra persona como instrumento o como medio, pues cuando lo hace está violando su autonomía, tal como ocurre en la explotación o en los trabajos mal remunerados, en la esclavitud o cuando se le niega la información adecuada a un paciente para que decida.²

La terminología científica hace parecer oscuros muchos conceptos al paciente, por lo que la información que se recibe no es la adecuada y por tanto surgen disparidades de criterio entre el profesional y el paciente. Por ejemplo, al paciente le puede interesar más su propia calidad de vida que las expectativas de sobrevivir que le presente el médico. Por otro lado, el entrenamiento al que el médico es sometido limita la capacidad de entender y expresarse en el lenguaje del paciente, por lo que la información que otorga puede ser incomprensible para éste; además debe tenerse en cuenta que el objetivo que la ley persigue es garantizar que el consentimiento, como acto de

voluntad, se presente sin errores, de tal manera que sea el paciente quien asuma conscientemente los riesgos de la intervención, pues de lo contrario recaerían éstos sobre el médico.^{2,5}

Según Cortés, el consentimiento informado es el proceso por el cual un paciente en forma libre acepta dicho consentimiento, comprendiendo lo que significa para él someterse a un procedimiento diagnóstico, médico o quirúrgico, o bien, participar en una investigación que representa un riesgo para su vida o su salud. Representa, además, la forma práctica de hacer efectivo el principio del respeto por la libertad y la autonomía de los seres humanos.⁶ El documento del consentimiento informado es el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante haya sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente, sirviendo como fundamento legal y ético;⁷ éste surge como resultado del diálogo que se debe tener con el paciente, teniendo en cuenta sus valores y su voluntad y no simplemente basados en la lectura y en la firma de un formulario de aceptación sin explicación alguna.²

Es importante determinar cuánta información se debe proporcionar; si se da muy poca, tal vez no se oriente en forma adecuada para tomar una decisión; si se da mucha, podría no aceptarse un procedimiento idóneo para establecer el diagnóstico o tratar un problema médico quirúrgico, o bien, puede un estudio quedar desierto, con lo cual se frenaría el progreso científico.⁶

Hay distintos factores o criterios para determinar el contenido del deber de información del médico, pues unos son de carácter subjetivo y otros objetivos. En el primer grupo debe ponderarse, entre otros, el nivel cultural, la edad y la situación personal, familiar, social y profesional del paciente. Dentro de los factores de carácter objetivo, deben evaluarse los siguientes: la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la novedad del mismo, la peligrosidad de la intervención, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información.¹

El paciente deberá disponer, en suma, de un balance equilibrado de riesgos y beneficios de las terapias existentes para poder tomar su decisión personal al respecto.¹

Las explicaciones impartidas a los pacientes para obtener su consentimiento deben hallarse adaptadas a su capacidad de comprensión y, si el paciente hablara una lengua diferente, sería necesario que la información le fuera otorgada en un idioma comprensible para él.^{1,8,3}

El médico ha de informar, en todo caso, las consecuencias seguras y relevantes que se producirán a raíz de su actuación. De esta forma, en aquellas intervenciones quirúrgicas en que existe un determinado porcentaje de posibilidades de producirse un resultado lesivo, el médico tiene la obligación de informar de tales eventualidades al enfermo; la inobservancia de esta obligación implica una actuación incorrecta, lo cual conllevará a indemnizar al enfermo por el resultado dañoso producido en caso de generarse, ello con independencia de que su actuación técnicamente sea correcta.¹

Si el paciente desconoce los riesgos y posibles complicaciones de la intervención a la que será sometido parece evidente, entonces, que no los podrá asumir, siendo el médico, entonces, al transgredir esa obligación de información, quien asumirá por sí solo los riesgos del acto quirúrgico.¹ La falta de acreditación del consentimiento informado por parte del facultativo constituye una actuación u omisión culposa del mismo, lo que lleva a sostener que es el propio médico quien asumió por sí solo los riesgos inherentes a la intervención, en lugar del paciente o de la persona llamada a prestar su consentimiento tras una información adecuada.⁹

Muchas veces, la atención dental genera ansiedad y temor al dolor. El paciente se siente disminuido al estar en una posición semiacostada en el sillón frente al odontólogo y éste suele utilizar términos técnicos y científicos de difícil comprensión. Si la patología produce dolor, el paciente puede estar dispuesto a aceptar un tratamiento sin tener un real entendimiento de lo que le ofrecen. El profesional debe tomarse el tiempo suficiente para explicar cuál es el problema, las opciones de tratamiento, sus costos y los riesgos que implican.¹⁰

METODOLOGÍA

Se realizaron encuestas de manera aleatoria a los pacientes mayores de 18 años que acudieron a cirugía de terceros molares en una consulta privada en el Estado de Nayarit, en el periodo comprendido entre el mes de diciembre 2011 a diciembre de 2012. Se les informó verbalmente acerca de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, riesgos, alternativas de tratamiento y resultados esperados; se les ofreció la oportunidad de preguntar las

dudas acerca del procedimiento, y posteriormente se les entregó un formato escrito de consentimiento bajo información, con la información previamente otorgada de manera verbal, el que una vez leído y aclaradas las dudas fue firmado por el paciente, el cirujano y un testigo.

Entre los riesgos mencionados y escritos en el consentimiento informado se encuentran la inflamación, dolor, infección, alveolitis, sangrado, equimosis y hematomas; también limitación de la apertura bucal, ulceración de mucosas, daño de las estructuras dentales vecinas (dientes o restauraciones), fracturas óseas, desplazamiento de fragmentos a otras regiones anatómicas vecinas, comunicaciones bucosinusales, lesiones neurológicas de ramas de los nervios trigémino, hipogloso y facial, así como complicaciones derivadas de su estado de salud general que podrían requerir tratamientos médicos o quirúrgicos adicionales, incluyendo un pequeño porcentaje de muerte.

Se realizó el tratamiento quirúrgico autorizado por el paciente y una vez concluido se realizó una encuesta para evaluar la comprensión del consentimiento informado.

RESULTADOS

Se obtuvieron 150 encuestas, de las cuales 104 (69.33%) fueron respondidas por mujeres y 46 (30.67%) por hombres entre las edades de 15-75 años y con un promedio de edad de 30 para las mujeres y de 34 para los hombres (*Cuadro I*). Die-

Cuadro I. Total de encuestados por edad y género.

	Femenino		Masculino		Total
	F.a	F.r	F.a	F.r	
15-20	23	15.33	7	4.67	30
21-26	33	22.00	10	6.67	43
27-32	20	13.33	8	5.33	28
33-38	7	4.67	7	4.67	14
39-44	8	5.33	6	4.00	14
45-50	2	1.33	1	0.67	3
51-56	5	3.33	2	1.33	7
57-62	1	0.67	3	2.00	4
63-68	1	0.67	1	0.67	2
69-74	3	2.00	0	0.00	3
> 75	1	0.67	1	0.67	2
Total	104	69.33	46	30.67	150

cisiete de ellos con escolaridad primaria, 37 con secundaria, 53 con educación preparatoria y 43 con licenciatura (*Cuadro II*), desempeñándose en su mayoría como estudiantes (37), amas de casa (36) y comerciantes (13).

De las 150 encuestas realizadas, el 100% firmó el documento de consentimiento bajo información, dos mujeres (1.33%) manifestaron no haber recibido información clara acerca de su tratamiento y tres hombres (2%) manifestaron no haber entendido el contenido del documento de consentimiento bajo información. Respecto a la posibilidad de preguntar al médico tratante todas sus dudas sobre la intervención y sus posibles consecuencias antes de firmar el documento, cuatro mujeres (2.66%) respondieron que no; veintinueve mujeres y dos hombres (15.33%) contestaron que no sabían que podían negarse a recibir el tratamiento propuesto (*Figura 1*). Respecto a la función del consentimiento bajo información, 35 mujeres y 17 hombres (34.67%) consideraron que éste sirve para liberar de su responsabilidad al médico acerca de las complicaciones; 67 mujeres y 27 hombres (62.67%) respondieron que sirve para dejar constancia de haber recibido la información adecuada; dos mujeres (1.33%) consideraron que es para hacer trámites

innecesarios y perder tiempo; además, dos hombres (1.33%) respondieron que tiene las tres funciones previamente mencionadas (*Figura 2*).

El 100% de los encuestados conocía que el procedimiento podía presentar riesgos y complicaciones; al preguntar cuáles riesgos y complicaciones recuerdan, 37 mujeres y 17 hombres (36%) no recordaron ninguno, 14 mujeres y 13 hombres (18%) recordaron por lo menos uno, 27 mujeres y 10 hombres (24.67%) recordaron 2 y 25 mujeres y seis hombres (20.67%) recordaron tres; sólo una mujer (0.67%) recordó cuatro (*Figura 3*). Las complicaciones mencionadas con mayor frecuencia fueron la inflamación (46), dolor (39), hemorragia (26), infección (17) y los problemas con los anestésicos (14). Se obtuvieron respuestas como gangrena, mareos y necesidad de suturar en una ocasión cada una, las cuales no fueron mencionadas como complicaciones en la carta de consentimiento bajo información (*Figura 4*).

Cuadro II. Escolaridad de los encuestados.

	Femenino		Masculino		Total
	F.a	Fr.	F.a	F.r	
Primaria	7	4.67	10	6.67	17
Secundaria	31	20.67	6	4.00	37
Preparatoria	42	28.00	11	7.33	53
Licenciatura	24	16.00	19	12.67	43
Total	104	69.33	46	30.67	150

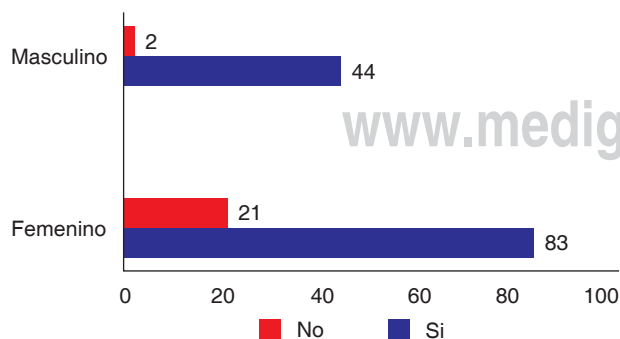


Figura 1. Respuesta a: ¿Sabía que podía negarse a recibir el tratamiento?

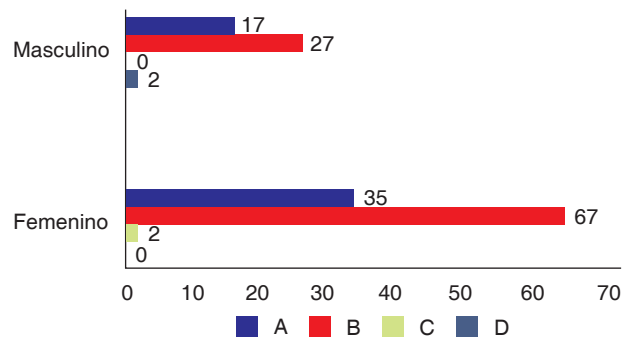


Figura 2. Respuesta a: ¿Para qué considera que sirve el consentimiento bajo información? A) Para liberar de responsabilidad al médico de las complicaciones. B) Para dejar constancia de haber recibido la información adecuada. C) Para hacer trámites innecesarios y perder tiempo. D) Otras.

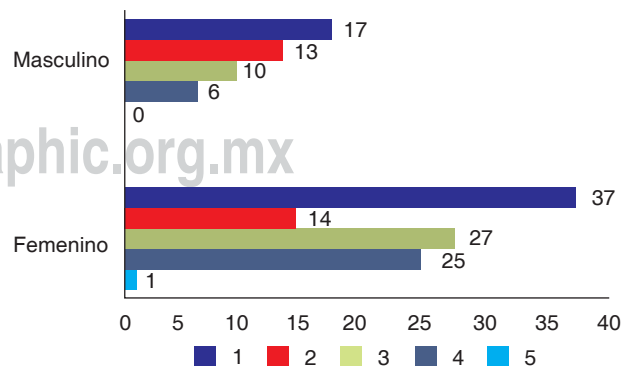


Figura 3. Cantidad de complicaciones que recordaron los encuestados.

En una escala numérica del 0-10, los pacientes expresaron la cantidad de información proporcionada que entendieron adecuadamente; 5 mujeres y 3 hombres (5.33%) seleccionaron entre 5 y 7 de la escala; fue marcado el 8 por 15 mujeres y 13 hombres (18.67%); 29 mujeres y 7 hombres (24%) marcaron el 9 y 55 mujeres y 23 hombres (52%) consideraron haber entendido toda la información, marcando el 10 (Figura 5).

Respecto a la cantidad de información recibida, 0% consideró que fue poca y 4.67% (6 mujeres y 1 hombre) consideró que fue moderada; el 76% (76 mujeres y 38 hombres) manifestó que la información fue suficiente, el 13.33% (15 mujeres y 5 hombres)

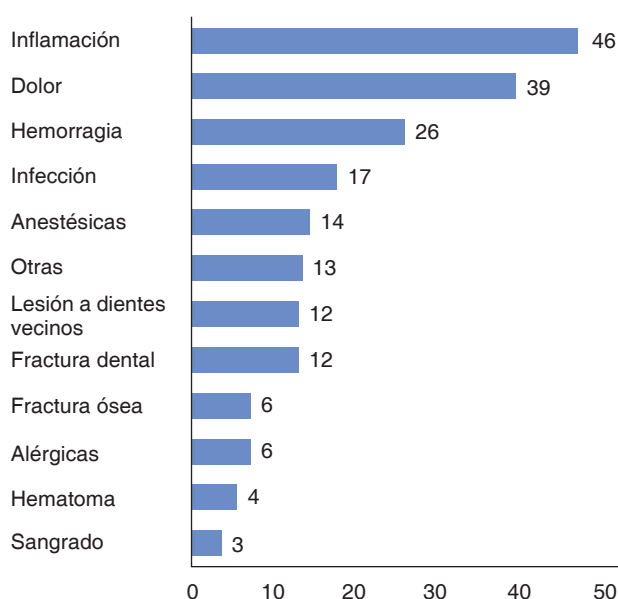


Figura 4. Complicaciones más frecuentes que los encuestados recordaron.

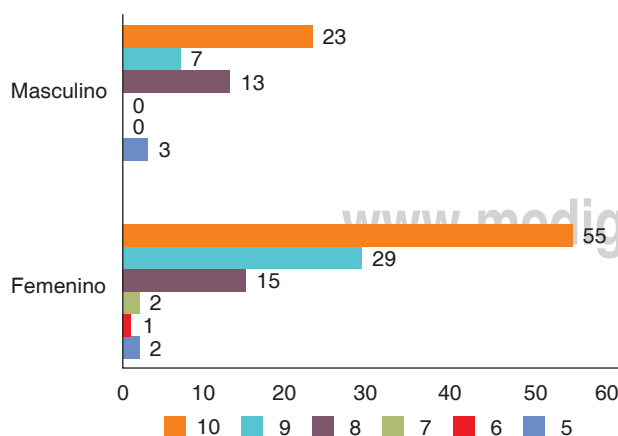


Figura 5. Respuesta en escala de 0-10 a: ¿Qué cantidad de la información proporcionada entendió adecuadamente?

contestó que fue mucha información y el 6% (7 mujeres y 2 hombres) consideró que fue demasiada.

DISCUSIÓN

López Carriches y colaboradores, en 2003, llevaron a cabo una investigación respecto a la percepción y el nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior, en la que se entregó el consentimiento informado verbal y por escrito; de los 385 pacientes estudiados uno solo negó haber recibido la información. De igual manera, un paciente consideró no haber entendido claramente lo que le harían en la operación. El 97% contestó que sí le explicaron que podían presentarse peligros o complicaciones; el 100% pudo preguntar todas sus dudas; el 93.37% sabía que podía negarse al procedimiento; el 61.56% consideró que el consentimiento es una forma de evitar responsabilidades profesionales, y el 35.25% no fue capaz de mencionar complicaciones. Las complicaciones más mencionadas fueron la inflamación, afectación de nervios, dolor y daño en dientes vecinos. El 98.96% les pareció útil la información.¹¹

Un estudio similar, realizado en Puebla con una muestra de 257 pacientes, evaluó la comprensión del consentimiento informado en los pacientes que requieren extracción del tercer molar; se les entregó un consentimiento informado por escrito y se les explicó también verbalmente las particularidades de la intervención quirúrgica. Al finalizar el procedimiento, se realizó una encuesta acerca del proceso del consentimiento informado. Entre los resultados se encontró que 256 pacientes recibieron información clara, pero uno de ellos negó haber recibido información. El 98% conocía que podía presentarse algún peligro o complicación. El 100% pudo preguntar todas sus dudas respecto a la intervención y sus posibles consecuencias. Además, el 93.37% sabía que podrían no someterse a la cirugía y el 61.56% consideró que el consentimiento es una forma de evitar responsabilidades por parte del profesional. El 40.38% no fue capaz de mencionar ni una sola complicación, pero el resto contestó que las complicaciones con mayor frecuencia fueron la posibilidad de inflamación (35.36%), dolor (17.73%) y el daño a dientes vecinos (9.12%). El 98.96% consideró la información brindada como útil.⁸

Según algunos estudios, realizados con endoscopia, con extracción de terceros molares y con otras intervenciones quirúrgicas, existe una correlación entre los niveles de educación y sociocultural con el grado de comprensión del consentimiento informado, y se ha encontrado que los pacientes opinan que el

consentimiento informado tiene como objetivo eximir al médico de responsabilidad.⁸

Un estudio en el Reino Unido dirigido por Brosnam, en el cual se integraron, en seis semanas, 75 pacientes con una relación masculino-femenino de 1:3 y a los que se les dio a conocer el consentimiento informado previo a la extracción del tercer molar, enfatizando en las complicaciones de este procedimiento, concluyó que no todos los pacientes estaban al tanto de todas las complicaciones; esto como resultado de una combinación de razones, incluyendo la información incompleta del doctor al mencionar todas las complicaciones, la falla de los pacientes para tomar la información o recordar lo que fue dicho durante la consulta, y la falla de los pacientes para leer el documento.¹²

En la investigación dirigida por Brosnam acerca del consentimiento informado, sólo el 36% respondió que conocía acerca de los riesgos que sucedieran sobre todas las complicaciones. El 87% sabía de los riesgos de todas o algunas de las complicaciones. Pero sólo un paciente admitió no saber acerca de los riesgos de ninguna complicación. Casi la mitad (56%) consideró que entendió toda la información proporcionada. El 92% comprendió toda o casi toda la información y ninguno consideró no entender nada. El 92% consideró que tuvieron suficiente tiempo para responder las preguntas y cinco paciente (7%) consideraron que la información acerca de las complicaciones le produjo mucha ansiedad.¹²

Bradford y colaboradores utilizaron material impreso con las diferentes alternativas de tratamiento a las que podía someterse una pieza dental con problemas pulpaes. Incluyeron el número de sesiones, costos y pronóstico de cada opción y entregaron de esta manera la información a sus pacientes. Al compararlos con un grupo control a los que se les había entregado la información sólo verbalmente, los que recibieron la información impresa tenían un mayor conocimiento.¹⁰

Un estudio llevado a cabo por Ferrús-Torres en España, respecto al valor de la información escrita en el consentimiento informado de la cirugía oral y en donde se le otorgó al paciente información verbal y escrita y al que posteriormente fue evaluado respecto al consentimiento bajo información y en su primer visita posoperatoria a los siete días se evaluó nuevamente, reveló que de los 81 pacientes evaluados, 31(36%) no conocen qué es el consentimiento informado, 16% (14) no sabían que podían negarse al procedimiento y el 99% recordó por lo menos una de las posibles complicaciones.¹³

En una encuesta realizada a 246 pacientes de cirugía ortopédica, con la finalidad de identificar la

calidad de la comprensión del consentimiento informado, mostró una comprensión íntegra del tratamiento en el 4.0%, una comprensión parcial en el 66.6% y una pobre comprensión en el 29.2%.¹⁴

CONCLUSIONES

Considerando que de los 150 pacientes encuestados que firmaron el documento bajo información, el 1.33% no recibió información clara, el 2% no entendió el contenido del documento y el 2.66% no aclaró sus dudas antes de firmar, se podría inferir que existió una buena comunicación con los pacientes en general, sin embargo, sólo el 76% consideró haber entendido entre 9-10 (de una escala de 0-10) y el mismo número manifestó haber recibido información suficiente.

Por consecuencia, el 24% posiblemente no obtuvo la información que requería para tomar una decisión adecuada, a pesar de que el 100% conocía que podrían existir riesgos y complicaciones. Es preocupante que el 36% no recuerde ningún riesgo; más aún, el hecho de que 15.33% no sabían que podían negarse a recibir el tratamiento propuesto puede implicar que algunos pacientes estén siendo atendidos en contra de su voluntad y sin haber entendido las posibles consecuencias del procedimiento y sin haber recibido información adecuada.

Por lo tanto, es preciso mencionar que, aunque la mayoría de los pacientes entendieron la información proporcionada, es necesario lograr que la información sea transmitida al paciente de una manera completa y sencilla para que éste pueda tomar la decisión que más le convenga al aceptar o rechazar un tratamiento.

Otro dato importante es el hecho de que un alto porcentaje (34.67%) consideró que firmar el consentimiento informado sirve para liberar de responsabilidad al médico de las complicaciones, siendo que éste es el documento que comprueba el respeto al derecho del paciente a recibir información y es necesario que el paciente tenga pleno conocimiento de su padecimiento, del plan de tratamiento y de las posibles complicaciones para que sea válido.

Dado las condiciones sociales, culturales y de la urgencia de atención médica de cada paciente, es difícil saber cuánta información es entendida. La información mal proporcionada puede producir que el paciente acepte o rechace el tratamiento propuesto sin haber comprendido la situación real de salud por la cual atraviesa; cuando los resultados no cumplen con la expectativa del paciente pueden presentarse controversias médico-legales, derivadas de una deficiente comunicación en el proceso del consentimiento informado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galán Cortés JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev Med Uruguay*. 1995; 15 (1): 5-12.
2. Cadavid GJ. Autonomía y consentimiento informado: principios fundamentales en bioética. *Revista CES Odontología*. 2005; 18 (2): 59-64.
3. Herrera Rodríguez A. El médico y el consentimiento informado. *Manual de documentos sobre el consentimiento informado en Cirugía Ortopédica y Traumatología*. Madrid: Editores Médicos S.A.; 2002.
4. Lifshitz Guinzberg A. El consentimiento informado: aplicación en la práctica de la medicina. *Revista CONAMED*. 2004; 9 (3): 23-25.
5. De Lorenzo y Montero R. Aspectos legales del consentimiento. En: Herrera Rodríguez A. *Manual de documentos sobre el consentimiento informado en Cirugía Ortopédica y Traumatológica*. Madrid: Editoriales Médicos S.A.; 2002: 29-66.
6. Cortés Gallo G. Consentimiento informado: fundamentos y práctica. *Calimed*. 2007; 13(3): 79-87.
7. Reyes López M. Consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía por mínimo acceso. *Rev Cubana Enfermer*. 2006; 22 (4): 1-14.
8. Muñoz- Zurita G. Comprensión del consentimiento informado en pacientes que requieren extracción del tercer molar. *Revista CONAMED*. 2008; 13: 24-28.
9. Pérez Fuentes G. El consentimiento informado como garantía constitucional desde la perspectiva del derecho mexicano. *Revista de Derecho Privado, Nueva época*. 2006; 5 (15): 59-87.
10. Palomer RL. Consentimiento informado en odontología. Un enfoque teórico-práctico. *Acta Bioethica*. 2009; 15 (1): 100-105.
11. López-Carriches C. Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. *RCOE*. 2003; 8 (6): 633-641.
12. Brosnam, Terenia. "Informed" consent in adult patients: can we achieve a gold standard? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009; 47: 186-190.
13. Ferrús-Torres, Enrique. Informed consent in oral surgery: The value of written information. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69: 54-58.
14. Gómez Velázquez L. El valor del consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez". *Rev Mex Ortop Trauma*. 2001; 14(1): 3-8.