

Aspectos generales sobre el consentimiento informado en Obstetricia y Ginecología

General issues of informed consent in Obstetrics and Gynecology

Dra. Dayana Couto Núñez y Dr. C. Danilo Nápoles Méndez

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El consentimiento informado se define como la conformidad de un enfermo respecto a una modificación de su organismo mediante tratamiento médico-quirúrgico, con fin curativo, y efectuado de acuerdo con las normas de las ciencias médicas, cuyos requisitos son: información, comprensión, voluntariedad, competencia y consentimiento; sin embargo, resulta frecuente observar en la práctica médica actual el empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin cumplir con dichos requisitos. La siguiente revisión tiene como objetivo ofrecer a los profesionales los elementos básicos sobre el consentimiento informado, que le permitan enfrentar los dilemas éticos que se presentan en Obstetricia y Ginecología, para garantizar la excelencia en los servicios de salud. Se concluye que el consentimiento informado constituye una herramienta de extraordinario valor en la relación médico-paciente y se ha convertido en un derecho de este último y en un deber de los médicos.

Palabras clave: mujer, consentimiento informado, bioética, relación médico-paciente, Obstetricia y Ginecología.

ABSTRACT

Informed consent is defined as the conformity of a patient with a change in the body by means of medical and surgical treatment with curative purpose, and made in accordance with the regulations of medical sciences, which requirements are information, understanding, voluntariness, competence and consent; however, it is frequent to observe in the current medical practice the use of diagnostic and therapeutic procedures without complying with those requirements. The following review aims to offer professionals the basics about informed consent, enabling them to address the ethical dilemmas that arise in Obstetrics and Gynecology to ensure excellence in health services. It is concluded that informed consent is an extremely valuable tool in the doctor-patient relationship and has become a right of the patient and a duty of physicians

Key words: woman, informed consent, bioethics, doctor-patient relationship, Obstetrics and Gynecology.

INTRODUCCIÓN

Aunque en la bibliografía científica médica el concepto *informed consent* es citado en 9 ocasiones entre 1930 y 1956, se utilizó por primera vez en la legislación en 1957, en un recurso judicial en California. Posteriormente, varias sentencias hicieron que en los Estados Unidos el consentimiento informado (CI) se convirtiera en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos.¹

Todos aceptan la existencia de fundamentos éticos que obligan a los profesionales de la salud en su trabajo cotidiano. Así, durante mucho tiempo la relación médico-paciente se ha dado en un contexto paternalista, guiado por el principio de la beneficencia, es decir, se busca el bien del otro, y el médico, siguiendo exclusivamente su criterio personal, era quien decidía por el paciente.

Sin embargo, la creciente complejidad de la estructura sanitaria, los avances en la tecnología, la aparición de nuevas y complejas enfermedades, junto con el reconocimiento de que el paciente también es una persona con derechos y libertades fundamentales, han provocado un salto a un nuevo tipo de relación médico-paciente, basado fundamentalmente en la autonomía y en la capacidad de decisión del paciente.¹

El consentimiento informado se remonta a tiempos inmemorables de los griegos, en la era prehipocrática, donde existían grandes diferencias en la atención médica proporcionada a los hombres libres, a los esclavos, como consta en lo dicho por Aristóteles a su médico en una ocasión en la que se encontraba enfermo "...no me trates como a un boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero la causa, me tendrás así presto para obedecer...". A partir de entonces surgió la importancia de hacer participar al paciente en las decisiones médicas.²

El consentimiento informado, implica una nueva cultura en el desarrollo de la relación clínica, en la que se exige un mayor respeto a las personas del que se tenía hasta ahora. El CI debe ser una garantía de la autonomía moral del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica.³

DESARROLLO

En épocas pasadas, la relación médico-paciente era de tipo verticalista, pues el médico desempeñaba la función de tutor y el enfermo de desvalido (la palabra enfermo proviene del término latino *infirmus*, es decir, débil, sin firmeza, pero no solo física, sino también moral). El médico decidía en forma aislada el tratamiento a seguir sin consultar con el paciente, de manera que podía ocultar la información y valerse del engaño e incluso de la coerción.⁴

Durante siglos predominó la relación basada en el paternalismo, promulgada por Hipócrates en la Grecia Antigua. Se imponía hacer lo que el médico consideraba el bien para sus pacientes, aunque se actuara en contra de la voluntad de quien recibía el supuesto beneficio. De esta forma aparece el principio renacentista de la "tolerancia", que se convierte posteriormente, durante la etapa de la Ilustración, en el principio de autonomía, a partir de la idea de Kant de que la ley moral no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, que actúa racionalmente, quien tiene que dársela a sí mismo.⁵

En el desarrollo del consentimiento informado, en un primer momento, apareció la necesidad de requerir el mero asentimiento del paciente. El primer gran antecedente data en realidad de 1914 y fue dictado en la *causa "Schoendorff vs/ Society of New York Hospital"*. En dicho precedente judicial se sostuvo que todo ser humano adulto y sano mentalmente tiene derecho a determinar qué hará con su propio cuerpo y debe responsabilizarse al cirujano que practique una operación sin el consentimiento de su paciente. En el caso se trataba de una mujer operada de un fibroma.⁶

A raíz de esta resolución, se formó en los Estados Unidos de América un importante y copioso cuerpo jurisprudencial, precursor en del alcance de esta problemática, que marcó las diversas etapas que han presidido el desarrollo del consentimiento informado, hasta adquirir las actuales características, las cuales pueden sintetizarse en las 4 siguientes:

- La primera, denominada consentimiento voluntario (1947), surgió como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración de la Alemania nazi. El código de investigación de Núremberg, establecido a raíz del proceso contra los

criminales nazis, proclama en su párrafo inicial, que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

- La segunda, denominada propiamente consentimiento informado, proviene del inglés *informed consent* y surge con el famoso caso Salgo, en 1957, en los Estados Unidos, en el que la sentencia aclaró que el equipo médico estaba en la obligación de obtener consentimiento del enfermo, que previamente fue informado en detalles de todo su procedimiento y la conducta que se proponía tomar. Es decir, resaltó el derecho del enfermo a una información de calidad y la obligación del médico a brindarla.
- La tercera se conoce como consentimiento válido y surge a partir del caso Culver en 1982 que señaló que la obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieran en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa.
- La cuarta, conocida como la del consentimiento auténtico, se caracteriza por la decisión auténtica del paciente, es decir, que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo.⁷

El contenido moral del consentimiento informado se fortaleció con la aparición de la bioética, a partir de los trabajos de Potter en 1970 y su posterior desarrollo.⁵

La importancia que ha tomado el tema del consentimiento informado es manifiesta, por ejemplo, en España, el gobierno de Navarra, a través de su Departamento de Salud y Servicio de Asistencia Sanitaria (1997) editó la "Guía práctica sobre el consentimiento informado", folleto en cuya presentación se dice: "Tengo la satisfacción de presentar este documento, en el que se expone de forma clara, fácil y práctica, el modo de hacer efectivos dos de los derechos de los usuarios de la asistencia sanitaria que más han contribuido en los últimos años a un cambio en la concepción de la medicina y de la ética asistencial, el derecho a la información y el derecho a la participación, que en conjunto se ve reflejado en el derecho al consentimiento informado".¹

Son numerosos los países, donde el consentimiento informado es un documento obligatorio y aparece legislado.^{1,8} En Colombia, la información y posterior aceptación por el paciente del procedimiento que le será realizado, son exigencias legales muchas veces ignoradas, que tienen un incalculable valor para la defensa del médico en caso de una demanda; sin embargo, este proceso no se realiza actualmente en este medio, salvo contados problemas de salud, más en una disciplina como la obstetricia, que enfrenta salvar a más de un paciente al mismo tiempo.⁹

El consentimiento informado no exonera de una mala praxis, ni obliga a ejercer una medicina a la defensiva; es un instrumento que protege la autonomía del paciente al informarle en detalle el procedimiento y los riesgos al que será expuesto. Este se define como la conformidad de un enfermo respecto a una modificación de su organismo mediante tratamiento médico-quirúrgico, con finalidad curativa y efectuado de acuerdo con las normas de la ciencia médica, cuyos requisitos son: información, comprensión, voluntariedad, competencia y consentimiento; sin embargo, es muy frecuente ver en la práctica médica actual que se realicen procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin cumplir con estos requisitos.¹⁰

Como bien se conoce, el consentimiento informado es un modelo de relación clínica fruto del resultado de la introducción de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas en el modelo clásico de relación médico-paciente, basada hasta entonces, exclusivamente, en la idea de beneficencia paternalista. El ejercicio de la autonomía de las personas, de los pacientes, exige que se cumplan al menos 3 condiciones, entre las cuales figuran: actuar voluntariamente, libre de coacciones externas; tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar (objetivo de la decisión, riesgos, beneficios y alternativas posibles); poseer capacidad y una serie de aptitudes psicológicas —cognitivas, volitivas y afectivas— que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla.^{11,12}

Teniendo en cuenta los criterios de Gracia,¹³ se puede decir que los 4 principios no están situados todos en un mismo plano, sino en 2 diferentes, aunque complementarios (figura). Al primero lo marcan los principios de no maleficencia y justicia, y tiene que ver con el marco estructural en el que tiene lugar la relación clínica; el segundo establece los límites entre lo que puede decidirse o no.

Así, lo primero que deben garantizar las organizaciones sanitarias y los profesionales es que la atención a los ciudadanos evite en lo posible el riesgo de producirles daño y ponga a su disposición los procedimientos y tecnologías más efectivos para la protección y promoción de la salud.

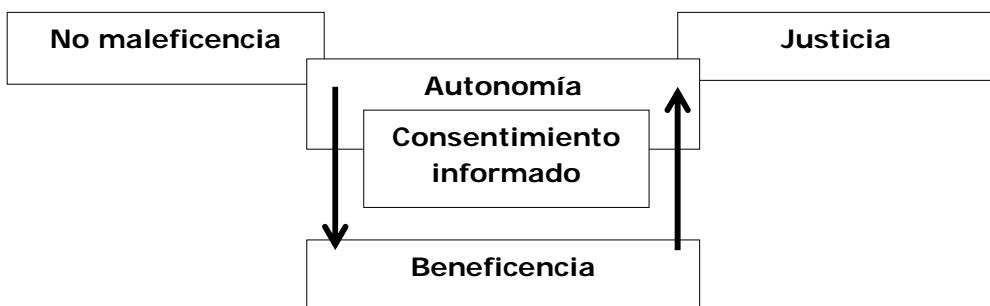


Fig. Fundamentos éticos del consentimiento informado

De modo tal, que se presentan dos acciones a realizar: la información al paciente sobre el proceder a realizar y la aprobación del mismo. Este último constituye en si, el consentimiento informado. Ambos momentos marchan unidos, considerándose como un proceso gradual basado en la relación médico-paciente. Los elementos de un consentimiento informado pueden resumirse en: información, voluntariedad, comprensión, competencia y consentimiento (firma).⁹

Uzcátegui *et al*¹⁴ comunica que en la historia clínica, el médico debe dejar constancia de haberle proporcionado al paciente una información de forma clara, precisa y directa. A su vez, el paciente como una demostración de haberla recibido y comprendido, avala con su firma lo expuesto en la citada historia.

Por otro lado, la satisfacción de pacientes y familiares es un reconocimiento de confiabilidad a los servicios de salud que reciben; por tanto, un resultado favorable que responda a las exigencias del paciente, es la piedra angular de un buen resultado ético. Forma parte también de este logro la información adecuada de los procedimientos, riesgos, beneficios que den la posibilidad de algunas alternativas, sobre todo, cuando se trata de procederes invasivos y terapéuticos quirúrgicos, entre otros. Por ello, no se reduce a un simple aceptar o rechazar un tratamiento o una intervención, sino se centra en el proceso de entrega de información por parte del médico al paciente, para que este pueda tomar una decisión responsable.¹⁵⁻¹⁷

Teniendo en cuenta el enfoque biológico de la obstetricia como disciplina, hay que conceptualizar que el embarazo, trabajo de parto y el parto mismo, son procesos destinados a desarrollar primero y a expulsar después al feto desde el útero al mundo exterior; sin embargo, aunque se trate de un proceso fisiológico de la reproducción humana, con frecuencia aparecen complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el producto. Por eso se abandonó la ancestral costumbre del parto domiciliario para realizarse institucionalmente, lo que a su vez implica adecuarse a un grupo de normas prácticas y éticas que resultan inviolables en el momento actual. Por tal razón, resulta necesario hacer lo correcto en correspondencia a la buena relación médico-paciente y la aplicación del consentimiento informado debe ser una norma de obligatoriedad en todas las instituciones del país.

No sólo una historia clínica deficiente ha dificultado la defensa de los profesionales sino que, además, el consentimiento informado inexistente o inadecuado perjudica frecuentemente la defensa del médico. Es decir, seguimos realizando malas historias clínicas y seguimos omitiendo los consentimientos informados.

El consentimiento es un instrumento para llevar a la práctica un principio esencial en que la persona sea dueña efectiva de su destino con la dignidad que le corresponde y de acuerdo a los valores que rigen su vida, al médico le corresponde la entrega de información de manera adecuada en cantidad, profundidad, veracidad y forma para que el paciente pueda ejercer su derecho libremente y le corresponde también ejercitar su autodisciplina para entender que un rechazo a una sugerencia terapéutica puede estar acorde con lo mejor para su paciente. El consentimiento es un derecho fundamental del paciente y una exigencia ética para el médico.^{18,19}

Consentimiento informado en los dilemas éticos

Entre las demandas dirigidas a los profesionales de la salud, una de las especialidades más afectadas en el mundo es Obstetricia y Ginecología. La mayoría de ellas están relacionadas con la atención al parto y las complicaciones en el embarazo. La autorización o no por parte del paciente de la intervención propuesta, ya sea diagnóstica o terapéutica, debe quedar siempre contemplada de forma escrita en la historia clínica, para lo cual puede acudirse a la comunicación verbal, a las anotaciones hechas por el propio médico y a diferentes formatos preimpresos.²⁰

Durante un embarazo y parto pueden surgir complicaciones, de manera que es necesario actuar de forma inmediata ante las emergencias que se pueden presentar, por lo cual resulta indispensable una buena comunicación entre el obstetra y la gestante, ya que la mayoría de las veces la mujer se queja de la falta de información.²¹

Es preciso que la embarazada conozca qué riesgos pueden ocurrir, cómo se resuelven y cómo puede desarrollarse el parto. La información no solo facilita la participación de la paciente, sino que al informar se cumple con una obligación legal y se puede evitar un posible reclamo.²²

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define al consentimiento informado como una instancia que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda. De esta forma, estableció en el 2003, a través del Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer, un marco de referencias éticas para los tocoginecólogos, el cual señala los aspectos siguientes:

- La salud sexual y reproductiva es un asunto urgente que atañe al mundo entero. La tremenda carga de morbilidad y mortalidad que las mujeres sufren a causa de su rol en la reproducción, está incrementada por la inequidad social que sufren. La salud reproductiva y sexual de la mujer resulta a menudo comprometida, no necesariamente a causa de falta de conocimientos médicos, sino como resultado de violaciones básicas de los derechos humanos de la mujer.
- La salud reproductiva y sexual es también un derecho humano, dado que las mujeres son esenciales para la estabilidad social y económica y el progreso en todas las sociedades. La potencial contribución de las féminas no se realiza a causa de limitaciones en sus derechos humanos, incluyendo: la falta de acceso a la información y de un cuidado seguro y adecuado. Por otra parte, en el cuidado de la salud de la mujer, el profesionalismo es el medio por el cual los médicos proveen cuidado ético que respeta los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Con respecto a la autonomía de la mujer y la confidencialidad, el documento expresa lo siguiente:

1. Apoyar un proceso de toma de decisiones libre de prejuicios y coerción que permita a la mujer tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, ello incluye la necesidad de actuar solo después de obtener el consentimiento informado, basado en el adecuado suministro de información y educación del paciente sobre la naturaleza e implicaciones del tratamiento, opciones y resultados de las diferentes alternativas disponibles. De esta manera, los profesionales de la salud dan a las mujeres el considerar y evaluar las opciones de tratamiento en el contexto de sus propias circunstancias y culturas.

Entre los problemas éticos clínicos más señalados en el ejercicio de la especialidad figuran:²³⁻²⁵

- Los aspectos éticos y sociales de las evaluaciones fetales (pesquisa).
- El consejo prenatal y la imagen de la discapacidad.
- Los modelos de maternidad y el debate del aborto.
- Las presunciones sobre los despojos fetales: a quién pertenecen (al feto, al padre o al donante de esperma).
- La ética de la gestación múltiple en los casos de reproducción asistida.
- Las restricciones a la libertad de la madre en el embarazo.
- La función del padre y su relación con el feto.
- El debate sobre la condición del embarazo. ¿Es un proceso fisiológico o una enfermedad?

Solo en 15 % de los embarazos, habrá afecciones que requieren atención médica especial.

El debate sobre el control prenatal:^{23,26}

- ¿En qué medida el control prenatal puede ser un factor capaz de corregir la morbilidad y la mortalidad maternas?
- La asistencia al parto: vaginal o por cesárea
- Las decisiones sobre la operación cesárea.
- Analgesia y anestesia en obstetricia.
- El parto en agua.
- El parto vertical.
- Las llamadas intervenciones innecesarias (fórceps, episiotomía): cuándo, cómo y por qué
- La conducta obstétrica después de una cesárea anterior.
- Los conceptos para decidir la interrupción del embarazo de acuerdo con la enfermedad materna preexistente: preeclampsia grave, síndrome de HELLP y eclampsia, entre otras.
- ¿Cuándo es lícito interrumpir un embarazo?
- Enfermedad materna concomitante con el embarazo (cáncer). Limitación de los métodos diagnósticos.
- Limitación de las alternativas terapéuticas.
- Limitaciones en la autonomía materna en caso de intervenciones quirúrgicas, transfusiones y otros procederes.

En países como el Reino Unido, los anestesiólogos están legalmente obligados a obtener el consentimiento informado para administrar anestesia regional o peridural a pacientes en trabajo de parto.²⁶

Riviello *et al*²⁷ afirman que la cantidad y calidad de la información ofrecida a una gestante de alto riesgo es imprescindible en la toma de decisiones y en la comprensión de las posibles complicaciones.

Como se ha visto, son muchos los dilemas éticos que se plantean y ante las dudas debe imperar el respeto por las personas y el juicio clínico.

Por último, resulta oportuno destacar los principios de aceptación amplia en la ética biomédica:

- Respeto a las personas, a su autodeterminación, así como la protección a otras con disminución de su autonomía.
- Beneficencia, consiguiendo el bienestar de las personas por actos positivos.
- Falta de malicia, obligación de llevar al mínimo el daño a las personas y si es posible eliminar las causas de dicho daño.
- Proporcionalidad, buscar que los actos conlleven el mínimo daño y el mayor beneficio.
- Equidad o justicia, distribuir por igual los beneficios y las obligaciones.

El consentimiento informado implica 2 características: la voluntariedad y la información.

Por ello, aunque se crea que se aplica el principio bioético de la autonomía, verdaderamente lo que siempre se pone en vigor son los principios de beneficencia y no maleficencia “prevenir y contrarrestar el daño y hacer el bien”; asimismo, queda por sentado que el principio de justicia también se aplica en todos los casos.

En esta especialidad no se emplea de forma generalizada el consentimiento informado como documento necesario en la toma de decisiones del enfermo. Las comunicaciones facultativas y el consentimiento o no de los pacientes, casi en su totalidad, se establece de forma verbal, muchas veces sin una explicación del proceder o del tratamiento que se considera oportuno prescribir.

Estudios realizados a profesionales de la salud al respecto han mostrado el desconocimiento que sobre este tema poseen.^{6,28} Sardiñas *et al*²⁹ insisten en que todo el personal médico tenga conocimiento acerca del consentimiento informado para garantizar la excelencia en los servicios de salud como estrategia del gobierno cubano.

Por otra parte, se considera necesario, como plantean Reina *et al*³⁰ la aplicación de la bioética en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, con el objetivo de formar profesionales con capacidad para hacer frente a dilemas éticos, basados en el respeto a la dignidad humana, privilegiando los principios de solidaridad, equidad y justicia social.

Se concluye que el consentimiento informado constituye una herramienta de extraordinario valor en la relación médico-paciente y que debe ser una exigencia en las instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de Navarra, Fondo de Publicaciones, Cubero Romeo V. El consentimiento informado: guía práctica. Navarra: Gobierno de Navarra; 1997.
2. Zamora Marín R. Algunos aspectos sobre fundamentación bioética en el mundo y en Cuba contemporánea. Bioética. 2004 [citado 7 Jun 2012]; 5(2). Disponible en: http://www.cbioetica.org/suplement/42_sup.pdf
3. Sánchez Santisteban AM. El consentimiento informado y la relación médico paciente. Bioética 2009 [citado 5 May 2013]; 9(3). Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/93/930407.pdf>
4. Sánchez González MA. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1996 [citado 2 Jul 2011]; (2):78-96. Disponible en: <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf>

5. Equipo de reflexión bioética. Consentimiento informado. La Habana: Centro de Bioética Juan Pablo II [citado 2 Jul 2012]. Disponible en: http://www.cbioetica.org/descarga/reflex_01.pdf
6. Pérez González D. Consentimiento informado en cirugía general. Bioética. 2009 [citado 12 May 2013]; 9(3). Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/93/930917.pdf>
7. Simón Lorda P. El consentimiento informado: historia, teoría y práctica. Madrid: Editorial Triacastela; 2000.
8. Uzcátegui O, Toro Merlo J. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008 [citado 5 May 2012]; 68(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Parra G, Vergara F, Gómez A, De la Hoz L. Modelos de consentimiento informado en Ginecología y Obstetricia. Una propuesta. Rev Colombiana Obstet Ginecol. 2002 [citado 12 Jun 2012]; 53(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342002000200003&script=sci_arttext
10. López Gómez JR. Dilemas bioéticos en Obstetricia y Ginecología. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006 [citado 12 Jun 2010]; 66(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000300009&script=sci_arttext
11. Rodríguez JC, Gómez E, Fernández Crehuet J. El consentimiento informado. Aplicación en la práctica clínica. Cuadernos de Bioética. 2000; 3/4: 404-13.
12. Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008; 28 (2): 325-48.
13. Gracia D. Ética médica. En: Farreras R, Rozman C. Medicina interna. 13 ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1995.
14. Uzcátegui UO, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez 2010; 70(1):47-52.
15. Lugones Botell M, Pichs García LA, García Hernández M. Consentimiento informado. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005 [citado 12 Jun 2010]; 21(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500019
16. Jovell Fernández A. La comunicación médico paciente. La visión de ambos lados. La Habana: Centro de Bioética Juan Pablo II; 2011.
17. Insua Arregui C. Consentimiento informado en Pediatría, en el uso de hemoderivados. Bioética 2009; 9(3): 22-7.
18. Bento SF, Hardy E, Osis MJ. Process for obtaining informed consent: women´s opinions. Developing Dev World Bioeth. 2008; 8(3):197-206.
19. Vallongo Menéndez MB. Consentimiento informado. Un derecho? Un deber? Rev Cubana Anest Reanim. 2012 [citado 3 May 2013]; 11(2): 116-23. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol11_2_12/ane07212.htm
20. Águila Setién S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado JJ, Santisteban Alba S, et al. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: EECIMED; 2012.p. 529.

21. Gorrita Pérez RR. Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual. Rev Ciencias Médicas La Habana. 2012 [citado 3 May 2013]; 18(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab14112.html
22. Canales de la Fuente R, Canseco Lima JM. Cesárea o parto vaginal: una perspectiva bioética. Acta Méd Grupo Ángeles. 2006 [citado 3 May 2013]; 4(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2006/am064g.pdf>
23. Lozada C. Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008; 68(3):141-3.
24. Nichols CM, Pendlebury LC, Jennell J. Chart documentation of informed consent for operative vaginal delivery: is it adequate? South Med J. 2006; 99(12):1337-9.
25. Touqmatchi D, Boret T, Nicopoulous J. The quality of operative consenting against RCOG advice as standard. J Obstet Gynaecol 2010; 30(2):159-65.
26. Middle JV, Wee MYK. Informed consent for epidural analgesia in labour: a survey of UK practice. Anaesthesia. 2009; 64:161-4.
27. Riviello Ch, Ottanelli S, Rosaria Di Timmaso M, Mello G. Ethical issue and consent form in the management of high-risk pregnancy. J Matern Fetal Med. 2010; 23(2):179-83.
28. Somogyi L, Malpica CC, Carrillo D, Rodríguez E. Vacunación VPH: propuesta bioética y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Ven. 2009 [citado 3 May 2013]; 69(1):48-55. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000100008&script=sci_arttext
29. Sardiñas López G, Ortega Borroto M, Morales Moreira E. Consentimiento informado. Una necesidad de la medicina de nuestros tiempos. MEDICIEGO. 2006 [citado 3 May 2013]; 12(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl1_06/articulos/a2_v12_supl106.html
30. Reina G, Herrera M, Robaina M, González I. Proyecto de programa para la aplicación de la bioética en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Bioetica. 2007 [citado 3 May 2013]; 7 (3): 10-2. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/73/731012.pdf>

Recibido: 8 de septiembre de 2013.

Aprobado: 18 de septiembre de 2013.

Dayana Couto Núñez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
dayana.couto@medired.scu.sld.cu