

El valor del consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”

Dr. Luis Gómez Velázquez,* Dr. Luis Néstor Gómez Espinosa**

Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”. Ciudad de México

RESUMEN. Se trata de una encuesta descriptiva y prospectiva realizada en 246 pacientes admitidos para someterse a cirugía ortopédica, llevada a cabo de febrero a julio de 1998, con la finalidad de identificar la calidad de la comprensión de las explicaciones impartidas para obtener su consentimiento informado en forma previa a la realización de la cirugía. Los resultados mostraron comprensión íntegra del tratamiento en el 4.0%, comprensión parcial en el 66.6% y pobre comprensión en el 29.2%.

Palabras clave: consentimiento informado, entendimiento, cirugía.

SUMMARY. This is a prospective and descriptive trial regarding to the understanding of the informed consent that was required prior to admission in 246 patients who were scheduled for being submitted to orthopaedic surgery, from February to July of 1998. Results demonstrated satisfactory and complete understanding in 4.0%, partial understanding in 66.6% and poor in 29.2%.

Key words: informed consent, understanding, surgery.

El médico, tradicionalmente ha regido en la beneficencia su actividad profesional y para ello, su principal apoyo ha sido la relación médico/paciente, desgraciadamente hoy en día con los adelantos tecnológicos, el médico ha sufrido una deshumanización, lo cual lo ha percibido el paciente, quedando una relación de ambos, vacía y carente de sentido, es decir una relación médico/paciente, sin médico y sin paciente.⁵

Los médicos con frecuencia están precipitados y no se toman el tiempo para dar explicaciones detalladas. Los pacientes, por otro lado, con frecuencia mal entienden lo que oyen y dejan de hacer preguntas que pudiera esclarecer los hechos. “Los pacientes oyen la mitad de lo que el médico les dice y después sólo recuerdan la mitad de eso”.

La información médica descansa sobre exigencias y presupuestos de fuerte contenido ético y de indudable sentido pragmático. El consentimiento del paciente sólo puede prestarse de modo fundado y conveniente tras el develamiento y sinceración del alcance y eventuales riesgos del tratamiento o intervención proyectados. De ahí que se hable de la necesidad de una información simple y coherente en la cultura y capacidad de comprensión del enfermo. Una decisión libre sólo podrá emitirse tras una información adecuada.¹

De una relación asimétrica, vertical, en la que el médico desempeñaba el papel de tutor y el paciente de desvalido, se ha pasado a una relación horizontal, en la que las partes aparecen en igualdad, ambos revestidos de derechos y obligaciones. El principio de paternalismo ha cedido su lugar al de autonomía.^{2,12} Por lo tanto, el consentimiento informado es un acuerdo para someterse a un procedimiento, después de que el médico ha manifestado la razón para efectuar dicho procedimiento, que hará exactamente y cualquier riesgo potencial de muerte o de riesgos serios.⁴

Lo anterior, constituye una garantía para el médico, y es lo que motivó a la elaboración del presente trabajo, valorar el grado de utilización del consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”, para que se justifique su utilización en el futuro con un formato donde se informe el diagnóstico, alternativas de tratamiento y pronóstico al paciente y a sus familiares, confiriendo así eventuales demandas de responsabilidad culpable profesional que pudieran efectuarse.

Planteamiento del problema. ¿En qué proporción se da el consentimiento informado al paciente quirúrgico en el Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”?

Hipótesis. El consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”, se da al paciente quirúrgico en un 50%.

Objetivos. General: Analizar el consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”.

Específicos: Determinar el grado de utilización del consentimiento informado.

* Subdirector Médico TV del Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”, (HTVFN).

** Médico adscrito al Servicio de Columna del Hospital de Ortopedia, HTVFN.

Dirección para correspondencia:
Dr. Luis Gómez Velázquez. Baja California 275-101. Col.
Hipódromo Condesa C.P. 06100. México, D.F.

Valorar el grado de conocimiento que tiene el paciente en su diagnóstico.

Valorar el grado de conocimiento que tiene el paciente en su tratamiento.

Valorar el grado de conocimiento que tiene el paciente en su pronóstico.

Material y métodos

Es una encuesta descriptiva prospectiva de 246 pacientes hospitalizados para cirugía programada en el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez", escogidos en forma aleatoria, y que contestaron en forma escrita y verbal una cédula elaborada, del periodo comprendido de febrero a julio de 1998, con los siguientes criterios:

Inclusión:

De uno y otro sexo y sin límites de edad.

Con cirugía ortopédica programada.

Con la persona que dio la autorización para realizar la cirugía: paciente o familiar y con disposición para contestar la cédula en forma completa.

Exclusión:

Que durante la entrevista hubiera coerción o dificultad entre ambas partes.

La determinación estadística de la muestra fue con un nivel de confianza de .95 y Z crítica de 1.96: 246 pacientes.

Las variables que se estudiaron son:

1. Edad.
2. Sexo
3. Escolaridad de la persona que dio el consentimiento para la cirugía.
4. Consentimiento informado, considerando que se dé al paciente o familiares, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Para lo cual se valoró con la correlación con el expediente clínico, evaluándose en:
 - Integro y comprendido por el paciente: 10 puntos
 - Integro y parcialmente comprendido por el paciente: 8 puntos
 - Parcial y mal comprendido por el paciente: 6 puntos
 - Nulo: 0 puntos.

Con lo que se consideró en:

| | |
|------------|-----------------|
| Excelente: | 25 a 30 puntos. |
| Bueno: | 19 a 24 |
| Regular: | 13 a 18 |
| Malo: | 18 |

5. Aceptación quirúrgica (firma en la hoja quirúrgica)

Resultados

1. Sexo:
 - Femenino: 138 pacientes 56.0
 - Masculino: 108 pacientes 43.9%
2. Edad:
 - Máxima: 87 años

Mínima: 1 año
Promedio: 49 años

Escolaridad de la persona que dio el consentimiento.

| | |
|--------------|------|
| | % |
| Primaria: | 60.5 |
| Secundaria | 26.0 |
| Preparatoria | 7.3 |
| Profesional | 3.2 |
| Analfabeta | 2.8 |

4. Consentimiento informado.

| Cons. inform. | Diagnóstico | Tratamiento | Pronóstico |
|------------------------------------|-------------|-------------|------------|
| | % | % | % |
| Integro y comprendido | 5.6 | 4.0 | 2.4 |
| Integro y parcialmente comprendido | 65 | 66.6 | 58.5 |
| Parcial y mal comprendido | 29.2 | 29.2 | 39.0 |
| Nulo | 0 | 0 | 0 |

Consentimiento informado:

| | |
|------------|------|
| | % |
| Excelente: | 3.6 |
| Bueno: | 13.0 |
| Regular: | 16.2 |
| Malo: | 67.0 |

5. Aceptación quirúrgica (firma):

| | |
|-------------------|------|
| | % |
| Paciente: | 63.0 |
| Padres: | 12.1 |
| Hijos: | 10.5 |
| Otros familiares: | 8.5 |
| Otra firma | 1.6 |

Discusión

El consentimiento informado es un deber ineludible del médico y un derecho del paciente, por derivar directamente del derecho a la dignidad humana y a la libertad personal, siendo un proceso gradual y continuado, realizado en el seno de la relación médico/paciente.³ El médico debe renunciar a parte de su autonomía decisoria. Ya no decide y actúa por sí frente al paciente, sino que debe permitir que éste o en caso de incapacidad en la toma de decisiones, sea la familia, la que participe activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.⁷

En el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez", el consentimiento informado se realiza en forma verbal y no sistematizada, pero se está consciente que debe

ser con un formulario que sirva como apoyo al facilitar la transmisión de una información completa, veraz y comprensible para el paciente.

En esta forma, en 264 pacientes que fueron sometidos a cirugía programada, se valoró, un ligero predominio en el sexo femenino, posiblemente por existir un predominio de los problemas congénitos y de tipo degenerativo, de ahí la explicación, que la edad promedio sea a partir de la quinta década.

Es tradicional en nuestro Instituto recabar al ingreso del paciente autorización escrita y firmada para practicarle, con fines diagnósticos o terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informar claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después de la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

Al valorar la preparación escolar del usuario que dio esta autorización un 86.5% era deficiente pues llegaba a instrucción baja, incluso, en un 2.8% eran analfabetas, y sólo en un 10.5, correspondía a nivel medio y superior. Lo que nos señala qué difícil será que entiendan la explicación que dé el médico sobre su proceso y más cuando se utiliza terminología médica.

Con relación al diagnóstico, que es fundamental el papel que juega en la información para el establecimiento de una relación médico/paciente de calidad, que permita a este último aceptar, organizar y adecuar su conducta durante el periodo patológico y al médico para fundar sobre el, el resto de sus explicaciones y justificar el estudio y decisiones terapéuticas, sólo un 5.6% fue íntegro y comprendido, decreciendo esto cuando se habló de sus alternativas de tratamiento al 4.0% y aún más, cuando se le determinó su pronóstico, que fue de un 2.4%.

En ningún caso, hubo nula información, por lo que se puede decir que el consentimiento informado fue excelente en el 3.6%, bueno en el 13%, llamando la atención que correspondía a pacientes recomendados y por supuesto a mejor preparación académica. Un 83.3%, corresponde a un consentimiento de regular a malo. La explicación puede ser un exceso de trabajo, falta de interés en el paciente.

En un 63%, el consentimiento para la cirugía lo dio el paciente y el resto sus familiares, ya sea por ser menor de edad, o por alguna incapacidad para esa toma de decisión.

Actualmente diversos países tienen en sus leyes contemplado el consentimiento informado, como en España, en que la Ley General de Sanidad en el artículo 10, punto 3 A señala: "a que se le dé en términos comprensibles a él y a su familia o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".¹⁰

En México, la Ley General de Salud se le menciona como requisito para realizar investigación médica que implique un riesgo, para la toma de órganos y tejidos con fines de trasplante y en caso de inseminación artificial.^{6,8,9}

El consentimiento informado no se diseñó con el fin de proteger al clínico o al investigador de un procedimiento

judicial; se diseñó para proteger a los enfermos de un posible abuso por su médico.¹¹

Por todo ello, se está consciente que es indispensable tener al consentimiento informado como una obligación legal por ser un contrato que plasmado en un formulario sirva como apoyo en la transmisión de una información completa, veraz y comprensible para el paciente, familiares o allegados, para la toma de decisión en su tratamiento. Una persona dará su consentimiento libre e inequívoco, tras recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias, añadiendo que en cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento. Ello da lugar a que asuma obligaciones que se traducen en la cooperación en el tratamiento, observando las instrucciones y recomendaciones del médico, así como el deber de informar de las alteraciones que se produzcan en su estado de salud.

El médico, por su parte, tiene la obligación de prestar sus servicios en forma eficiente, con conocimientos actualizados, y siempre en forma ética constante y permanente.

Lo anterior puede coadyuvar eficazmente a proteger a médicos de posibles demandas por falta de información al paciente o por información deficiente, aunque no por negligencia en el desarrollo de su actividad. El Comité de Arbitraje Médico señala que la mayoría de las quejas se relacionan a una mala comunicación.¹³ El médico considera que sólo debe saber de medicina, pero hoy en día debe estar preparado a saber de leyes. No existe norma alguna que exija a cualquiera de las partes, bien al reclamante, bien al médico demandado, la obligación de probar la existencia del consentimiento informado, pero éste será siempre una garantía de que se está trabajando adecuadamente y más, si se tiene el apoyo del equipo de salud, para su obtención.

1. En el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" el consentimiento informado se realiza en forma verbal y no sistemática.

2. La información íntegra y comprensible para el paciente se da en la siguiente proporción:

| | % |
|----------------------|-----|
| Para el diagnóstico: | 5.6 |
| Para el tratamiento: | 4.0 |
| Para el pronóstico: | 2.4 |

3. El consentimiento informado es:

| | % |
|------------|------|
| Excelente: | 3.6 |
| Bueno: | 13.0 |
| Regular: | 16.2 |
| Malo: | 67.0 |

4. Es indispensable que se dé en base de un formulario, para evitar en el futuro posibles demandas por falta de información.

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente Narváez”**

Documento de Consentimiento Informado para el Tratamiento Quirúrgico.

Datos Personales

Nombre del paciente _____

Afiliación _____ Edad _____ Sexo _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Ocupación _____

Nombre de la persona que recibió la información (paciente o familiar): _____

Escolaridad de la persona que da el consentimiento _____

Médico tratante _____ Matrícula _____

1. **Diagnóstico.** Su padecimiento consiste en: _____

2. **Tratamiento.** El tratamiento a realizar será: _____

- El propósito de la intervención quirúrgica consiste en corregir la lesión, para recuperar la función afectada, así como alinear el hueso o articulación dañada. Con ello se intenta quitar el dolor y modificar las condiciones de discapacidad. En esta forma se evitará que progrese a una posible incapacidad e incluso complicaciones que comprometan la vida.
- La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación general de cada paciente (diabetes, hipertensión, edad, desnutrición, anemia, obesidad, etc.) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos, como quirúrgicos, así como un mínimo de porcentaje de mortalidad.
- Las **complicaciones** pueden ser:

Durante la cirugía

Lesión a arteria o nervio, que pueden comprometer la integridad del miembro o la vida.

Lesión a músculos o tendones

Lesión al hueso

Lesión al cartílago de crecimiento

Fístula de líquido cefalorraquídeo

Reacción de intolerancia a medicamentos utilizados en la anestesia que pueden comprometer la vida.

Compromiso a otros sistemas (cardiovascular, pulmonar, renal, sistema nervioso central) produciendo daño agudo y ocasionalmente la muerte, o dejar lesiones crónicas.

Reacciones idiosincráticas (propias del individuo)

Posterior a la cirugía

Infección de herida quirúrgica que puede evolucionar a músculos y hueso

Maceración de la piel o problemas

neurocirculatorios que comprometan la integridad del miembro operado en caso de utilizar molde de yeso

Flebitis o tromboflebitis que pueden dar lugar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte

Persistencia del dolor

Rigidez articular

Acortamiento, alargamiento, rotación del miembro

o defectos de angulación del miembro operado

Rotura o aflojamiento del implante o prótesis utilizada

Luxación de la prótesis

3. Pronóstico: las posibilidades de curación o mejoría de su enfermedad son:

• **Para la vida:**

Grave, por el tipo de cirugía y condiciones generales del paciente.

Delicado, por el tipo de cirugía o condiciones generales del paciente.

Mínimo, por el tipo de cirugía y condiciones generales del paciente.

• **Para la función:**

De no presentarse complicaciones:

Debe recuperarse en un 75 a 100%, con desaparición del dolor y sin problemas posteriores.

Debe recuperarse en un 75 a 100%, con desaparición del dolor, pero con proceso evolutivo hacia cambios degenerativos, que obliguen en el futuro a otros tipos de tratamiento.

Posible recuperarse de un 50% con desaparición del dolor, o disminución de éste.

Ninguna recuperación funcional, pero con desaparición del dolor, o disminución de éste.

• **Para la estética:**

Total alineación de la región operada, y sin cambios tróficos (volumen) de la región.

Alineación en un 50 a 75%, con cambios tróficos moderados de la región.

Alineación de menos de un 50%, con cambios tróficos severos.

Por lo tanto, con la información verbal y escrita estoy consciente de que:

1. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algo imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
2. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y se me han aclarado las dudas que he planteado.
3. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
4. Por ello manifiesto, que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
5. Y en tales condiciones

Acepto

Que se me realice la cirugía programada.

En _____

Lugar y fecha

Firma de la persona que dio el
consentimiento.

Firma de la trabajadora social

Firma del médico tratante



Bibliografía

1. Bartholome WG. A new understanding of consent in pediatric practice: consent parental permission, and child assent. *Ped Ann* 1989; 18: 262-5.
2. Beauchamp T, McCullough. *Ética Médica*. Ed Labor Barcelona 1984: 125-147.
3. Cano VF. Los derechos humanos del médico. *Gac Med Méx* 1991; 1271: 475-80.
4. Lara MC, De la fuente JR. Sobre el consentimiento informado. *Bol of Sanit Panam* 1990; 108: 439-44.
5. Latapí P. Medicina: ¿Crisis profesional o crisis humana? *Gac Med Méx* 1979; 151-56.
6. Ley General de Salud 11^{va} Ed. E Porrúa Méx 1994.
7. Lifshitz A. Los derechos humanos del paciente hospitalizado. *Rev Med IMSS* 1994; 32: 295-97.
8. López DX. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. *Rev Inv Clin* 1995; 47: 5-12.
9. López DX. El consentimiento informado en la legislación de la salud en México. *Gac Med Méx* 1995; 47: 551-57.
10. Lorenzo HR. El consentimiento informado en cirugía ortopédica y traumatología. Ed Med SA Madrid 1997: 11.
11. Niels W. Consentimiento informado. *Dir Med* 1997; 18: 21.
12. Pellegrino DE. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol of Sanit Panam* 108: 379-390.
13. Reyna CL. La responsabilidad profesional del médico. Ed Porrúa Méx 1^a. Ed 1988: 60.

