

**ASPECTOS GREMIALES**

Vol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006
pp S106-S108

El consentimiento informado en la práctica anestésica

Dr. Fernando Alfaro-Victoria*

* Médico Anestesiólogo, Hospital ABC, Miembro Comité de Peritos CMA.

CONCEPTO

1. Es el proceso que surge en la relación médico-paciente, por el cual, el paciente expresa su voluntad y ejerce su libertad al aceptar someterse o rechazar un plan, diagnóstico, terapéutico, de investigación, etc., propuesto por el médico para actuar sobre su persona y todo ello tras haber recibido información suficiente sobre la naturaleza del acto o actos médicos y riesgos, y las alternativas que existan a la propuesta⁽¹⁾.
2. La ley básica de autonomía de los pacientes, que rige en España lo define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud⁽²⁾.
3. Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos, terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decidida o autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable⁽³⁾.
4. El colegio de médicos americanos define el consentimiento informado como la explicación a un paciente, atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados⁽⁴⁾.

Estas definiciones permiten concluir que estamos ante una de las máximas manifestaciones del respeto a la autonomía del paciente, ya que no puede llevarse a cabo ninguna intervención médica si el paciente no ha prestado su consentimiento, y que se trata de devolver a la relación médico-paciente su original significado de relación de confianza frente a la deshumanización de la medicina en general y de la relación médico-paciente en particular.

I. EL DEBER DE INFORMAR

El consentimiento bajo información está íntimamente relacionado con la información pues para que exista consentimiento se debe conocer qué se está consintiendo.

Los pacientes tienen derecho a ser informados, de manera clara y precisa, de su estado de salud, de las alternativas de tratamiento, de los beneficios y riesgos previsibles.

El enfermo debe recibir información veraz en un lenguaje comprensible que no origine preocupación innecesaria, dándole oportunidad para que decida participar en su tratamiento y así otorgue su consentimiento.

El médico debe informar e incluir dos aspectos: en primer lugar la información, la que debe estar en relación con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber, para que el paciente cuente con todos los elementos que le permitan adoptar una decisión racional y consciente. Recordar que el no dar información es una forma de manipulación y la ignorancia puede ser tan peligrosa como la mala información. Como punto siguiente, es imprescindible la comprensión por parte del paciente, para ello el médico debe utilizar un lenguaje claro y preciso, adaptándose siempre al nivel sociocultural del enfermo, omitiendo terminología médica o a bien explicando su significado^(5,6).

El hecho de que el médico recibe el consentimiento informado, no lo excluye de quedar expuesto a una demanda judicial, ya que el consentimiento informado es un requisito para la aceptación de un diagnóstico, tratamiento o de participación en un protocolo de investigación, pero sin efecto legal alguno en cuanto al fondo del resultado. Si éste es adverso puede surgir la demanda, entonces el médico debe probar en base al expediente clínico bien elaborado, que no hubo negligencia, impericia o inobservancia de las normas, que rigen el desempeño de la medicina en general y especialidades en particular.

Por otro lado, la documentación que integra el consentimiento bajo información es la mejor defensa contra las demandas de los pacientes que fueron adecuadamente informados acerca del tratamiento propuesto y de las complicaciones que se pudieran presentar. Su ausencia pude de esgrimirse contra el médico, como negligencia⁽⁷⁾.

II. FUNDAMENTOS LEGALES

El Código Civil Federal, es una ley que preside las relaciones entre los profesionales, en nuestro caso, los médicos y los pacientes y lo hace a través del contrato el que se define como él o los convenios que producen o transfieren obligaciones o derechos. La relación entre el médico que actúa por su cuenta y el paciente, es entonces una relación contractual.

Para que exista un contrato debe existir el consentimiento, el cual implica la aceptación de obligarse y adquirir derechos cuando se recibe una información adecuada acerca de lo que se pretende y admite, por parte de los sujetos de la relación jurídica, en este caso, el médico y el paciente. El consentimiento es el elemento esencial en todo contrato, por ello se dice: "si no hay consentimiento no hay contrato" y "un consentimiento no informado no es un consentimiento".

Recordar que si el paciente, consiente en una acción sin haber tenido la información adecuada, habrá sido engañado y si hubiere daños, se podrá solicitar su reparación, de acuerdo a lo que establece el código civil federal⁽⁸⁾.

ASPECTOS PARTICULARES EN ANESTESIOLOGÍA

Entre las obligaciones del anestesiólogo, y así lo establece la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología, está el deber de informar, lo que se logra con una buena relación anestesiólogo-paciente. Existen diferencias cruciales entre la relación médico-paciente que se entabla entre los anestesiólogos y el paciente, nombremos las siguientes:

El paciente llega habitualmente al procedimiento anestésico luego de haber recorrido un camino, para la elaboración del diagnóstico definitivo y la proposición quirúrgica, sin embargo nunca ha hablado con el anestesiólogo sobre las características del procedimiento anestésico que va a recibir, e incluso puede ser que nunca le hayan mencionado la participación del anestesiólogo en su método quirúrgico. Es en la etapa culminante y final de su tratamiento cuando debe enfrentarse con un profesional que desconoce, con el que nunca se ha comunicado, y al cual no ha elegido personalmente.

Es interesante y curioso mencionar que muchos enfermos y familiares tienen la idea de que el anestesiólogo no es un médico o lo consideran como un médico general poseedor de ciertas destrezas y capacidades técnicas especiales.

Contrariamente a lo que sucede con el cirujano, la relación anestesiólogo-paciente es endeble, sin la continuidad ni el tiempo que cumplen otros actos médicos diagnósticos o terapéuticos. En el mejor de los casos, el anestesiólogo ve al paciente un día antes de la cirugía, pero lo habitual es que el enfermo sea entrevistado por el anestesiólogo en una sola oportunidad, en situaciones de gran incertidumbre, con limitación del tiempo, y en locaciones impropias (algunas veces en la sala de operaciones), circunstancias a las que se suman la ansiedad, el temor y la aprensión del paciente frente a la inminencia de la anestesia y la operación, un ejemplo de ello es la cirugía ambulatoria⁽⁹⁾.

Algunas características de la relación anestesiólogo-paciente son:

1. La visita preanestésica es breve y el paciente no conoce ni selecciona al anestesiólogo.
2. El anestesiólogo visita al paciente en el momento de su máxima ansiedad.
3. En breve tiempo de la entrevista, el anestesiólogo puede vencer los prejuicios y temores del paciente relacionados con la anestesia y ganar su confianza. El anestesiólogo debe explicar el plan anestésico propuesto y sus posibles alternativas.
4. El paciente debe comprender la información recibida por el anestesiólogo.
5. La buena relación entre el anestesiólogo y el paciente son los objetivos de la visita preanestésica, así como la obtención del consentimiento bajo información.

El anestesiólogo debe ofrecer datos que beneficien al paciente y que no le causen un sufrimiento adicional e innecesario, situaciones que pueden aumentar los peligros con motivo de los resultados fisiológicos de la propia inquietud creada.

Si los riesgos del procedimiento anestésico propuesto son mínimos y sus ventajas amplias, no se justifica aumentar la ansiedad y la preocupación del paciente con datos sobre eventuales riesgos, ya que existe la posibilidad de inducirle a rechazar la técnica propuesta.

Por ello el anestesiólogo explicará los riesgos normalmente previsibles y no aquellos excepcionales, así como eliminar en su explicación los detalles técnicos.

La entrevista preoperatoria debe orientarse a eliminar temores reales que manifiestan los pacientes antes de la operación. Frey, Hugin y Mayhofer acotan: "Ninguno de los procedimientos anestesiológicos habituales presenta riesgos típicos con una frecuencia de complicaciones que requiera habitualmente una explicación al paciente." Sin embargo, puede haber excepciones en caso de enfermedades asociadas o en pacientes con intereses especiales (por ejemplo: cantantes, a causa del peligro de lesión de las cuerdas vocales, pianistas, ante la posibilidad de lesión nerviosa periférica).

En Anestesiología el consentimiento bajo información debe contener:

1. Descripción global de las técnicas anestésicas propuestas.
2. Especificar la posibilidad de modificar la técnica anestésica inicialmente propuestas, ya que ello invalida el consentimiento obtenido previamente y puede suponer el incumplimiento, con la probabilidad de consecuencias legales en caso de incidentes o accidentes. Ejemplo: el procedimiento anestésico inicial puede ser el bloqueo regional lumbar, pero ante la dificultad para realizarlo, se decide administrar anestesia general o viceversa, cuando encontramos problemas a la intubación orotraqueal, optamos por aplicar el bloqueo regional.
3. Formulario del consentimiento informado que tiene por objeto el cumplir con las normas establecidas por la ley. Su redacción es independiente del consentimiento para la cirugía pues éste no implica el consentimiento para el uso de los fármacos anestésicos. Debe obtenerse un consentimiento informado para la cirugía y otro para la anestesia, especificando el plan anestésico propuesto, ya que la anestesiología tiene sus propios riesgos y consecuencias.
4. El consentimiento puede ser tácito, verbal o por escrito, todos son válidos. Los consentimientos tácitos carecen de una fuerza probatoria quedando sujetos al criterio del juzgador o peritos. La existencia de un documento es de valor decisivo, y por ello es altamente recomendable, ya que existe la posibilidad de una demanda tardía a nuestra intervención como anestesiólogos.
5. Es conveniente que el consentimiento sea registrado antes de administrar la medicación preanestésica, para que su validez sea incuestionable.

CONCLUSIÓN⁽¹⁰⁾

1. El consentimiento informado forma parte de la “Lex Artis” cuyo incumplimiento genera responsabilidad.
2. Cuando el paciente debidamente informado presta su consentimiento para una determinada práctica médico-quirúrgica, está asumiendo las consecuencias y riesgos propios de la misma, con excepción de aquellos que fueran excepcionales.
3. En caso de incumplir el deber de información, o cuando éste se cumple en forma parcial o defectuosa, el médico asume los riesgos propios de la práctica, y responde objetivamente por violación al deber jurídico de informar.
4. En caso de riesgos propios de la práctica médico- quirúrgica, debidamente informados, el médico se exime de responsabilidad, acreditando que había informado debidamente al paciente y que éste o su representante, prestaron el debido consentimiento. Probado el consentimiento bajo información, si el paciente insiste en imputar responsabilidad al médico actuante, le incumbe probar el hecho propio del médico como causa del daño. Si el daño se debiera a un hecho médico, aun cuando hubiera cumplido con el deber jurídico de informar, seguirá respondiendo por el hecho propio, siempre que se probare que el daño es consecuencia de una acción u omisión culposa o dolosa. (Violación a la Lex Artis).
5. La violación del deber de informar no acarrea responsabilidad jurídica si no existe daño resarcible, pero debe ser objeto de oportuna evaluación por los comités de ética médica, por constituir una violación a la “Lex Artis”.

REFERENCIAS

1. Rodríguez LP. La autonomía del paciente. 1^a ed. Madrid: Editorial Diles, 2004:69.
2. De Lorenzo MR. Derechos y obligaciones de los pacientes. 1^a ed. Madrid: Editorial Colex, 2003:22.
3. Islas SM, Muñoz CH. El consentimiento informado, aspectos bioéticos. Revista médica del Hospital General de México, SSA. 2000;63:267-273.
4. Ad hoc Committee on Medical Ethic, American College of Physicians. Ethic Manual. Ann Inter Med 1984;101:129-137,263-274.
5. Moctezuma BG. Derechos y deberes de los pacientes. Rev Conamed 2002;7(2):35-40.
6. Dobler LI. Aspectos legales y éticos del consentimiento informado en la atención médica en México. Rev Mex Patol Clin 2001;48(1):4-6.
7. González QE. Consentimiento informado, una realidad de nuestros tiempos. Aten Fam 2004;11(3):1-3.
8. García RS. La responsabilidad penal del médico. 1^a. Ed; México: Porrúa, 2001:68-75.
9. Wilkinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. Primera parte: el deber de informar. Rev Arg Anest 1993; 51(2):87-105.
10. Wust GC. Consentimiento informado. CVII Congreso Internacional de Derechos de Daños. Responsabilidades en el siglo XXI. Buenos Aires, 2 a 4 de Octubre de 2002. Fac. de Derecho-Univ. De Buenos Aires. Ponencia Nº 51.