

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA.

Consentimiento informado en cirugía mayor ambulatoria en ortopedia y traumatología
Informed consent in major ambulatory surgery in orthopedic and traumatology

Ransín Cruz Méndez (1), Mauricio Aragón Cáceres (2), Belkys Sánchez Gómez (3), Dany Corcho Mata (4).

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional descriptiva con el objetivo de conocer el grado de conocimiento del consentimiento informado en la cirugía mayor ambulatoria (CMA), en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Haciendo una profunda revisión en los aspectos referentes a la ética, incluyendo sus principios y de los elementos que componen la Teoría del Consentimiento Informado. Como resultado de la investigación, nos percatamos que no existe un conocimiento adecuado del tema, por lo cual se establece algunas recomendaciones.

Palabras clave: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA.

1. Especialista de 2do Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Pediatría. Profesor Instructor.
4. Especialista de 1er Grado en Anestesiología y Reanimación.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos no se concibe un proceder médico donde no se tenga en cuenta la aplicación práctica de la bioética y sus principios elementales con el propósito de hacer de la relación médico paciente una relación de equidad (1-3), por lo que nos trazamos la tarea de determinar el grado de conocimiento que tienen los médicos del servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Docente Dr. "Antonio Luaces Iraola" sobre el consentimiento informado y su aplicación en la Cirugía Mayor Ambulatoria, para lo cual nos entrevistamos con la totalidad de los integrantes del Servicio antes mencionado y tuvimos la oportunidad de valorar hasta qué punto los mismos aplican este principio al brindar información a los pacientes. La teoría del consentimiento informado es de origen anglosajón, más concretamente norteamericano, aunque posteriormente ha pasado a formar parte del patrimonio ético del colegio médico occidental (1-2). El desarrollo de este proceso está situado en el contexto de un amplio movimiento por la reivindicación de los derechos civiles que tienen lugar a finales de la Segunda Guerra Mundial, alcanzando su mayor auge en la década de los sesenta. La teoría del Consentimiento Informado plantea una crisis para el clásico modelo de relación médico-paciente marcado por el paternalismo y que consideraba al paciente no solo como un minusválido físico sino también psicológico y moral, creyéndolo incapaz de tomar decisiones por sí mismo (1-3).

El Colegio Médico Americano en su manual de Ética de 1984 define al consentimiento Informado de la siguiente forma:..."*El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad así como de los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para someterlo a ese procedimiento...*"; pensamos que no deben omitirse otros requisitos indispensables como: la información debe brindarse al paciente con lenguaje claro, la colaboración

debe obtenerse sin manifestaciones de fuerza por lo que el médico no puede sacar partido de su potencial dominio psicológico (1-3). Beauchamp y colaboradores formularon una clasificación que incluye dentro de la ética tres principios básicos:

- 1 El principio de respeto a la persona.
- 2 El de beneficencia
- 3 El de justicia.

En el principio correspondiente al respeto a la persona están incluidos elementos concernientes a la información y elementos referentes al consentimiento; los cuales son pilares de la Teoría del Consentimiento Informado

¿Hasta qué punto puede influir el paciente en las decisiones médicas hacia su persona? Para que la misma sea acertada se considera como requisito indispensable que actúe con Autonomía y Competencia, si la persona no está incapacitada puede aceptar o rechazar la intervención médica que se le propone basándose en la información de que dispone.

¿Qué ha de decirse al paciente? La información que se brinde debe ser explícita, basada en el respeto a la persona, a su autodeterminación y encaminada a lograr su bienestar.

En los últimos años ha sido objeto de debate la posibilidad de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas. Esto no es aceptado por todos los profesionales, las opiniones se dividen en dos grupos, dependiendo de los principios éticos fundamentales que en la práctica médica regulan tanto la conducta del médico como la de la sociedad a la que este pertenece (3- 6).

Si se considera que el valor fundamental de la práctica médica tiene como finalidad el bienestar del paciente, la participación de éste en la toma de decisiones puede ser considerada secundaria por el facultativo, si por el contrario el respeto al paciente es considerado como principal valor ético, entonces es posible que en algunas circunstancias el paciente tome decisiones que no propicien su bienestar. La toma de decisiones debe realizarse de forma autónoma y competente, aunque estos términos no son absolutos y deben particularizarse en cada caso (5- 6).

La aceptación o el rechazo a la intervención médica en condiciones de internado o ambulatorias son una manifestación del ejercicio de la autonomía. EL consentimiento a las indicaciones médicas se hace sobre la base de la información recibida con anterioridad, la cual puede desarrollarse en franca y pacífica discusión con el paciente o a través de un formulario impreso en el que se le solicita su consentimiento. Existen países donde dan gran valor a la obtención de un consentimiento firmado por las implicaciones legales que para el médico y para la institución que presta el servicio pueden devenir como consecuencia de la práctica médica. Entre otras formas ensayadas para brindar la información se encuentran la elaboración de folletos, videos y discusiones en grupos, pero ninguna puede ser considerada ideal pues dependen de las características individuales de cada paciente (3-6).

Elementos que componen la teoría del Consentimiento Informado:

- 1 Voluntariedad.
- 2 Información en cantidad suficiente.
- 3 Información en calidad suficiente.
- 4 Competencia.
- 5 Validez y Autenticidad.
- 6 Excepciones y Normas.

La voluntariedad está relacionada con la libre y espontánea disposición por parte del paciente a recibir ayuda médica. La información en cantidad y calidad suficiente es el resultado de un proceso de análisis y revisión de la información disponible con el objetivo de describir el procedimiento propuesto, sus ventajas y desventajas.

La competencia es la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores en juegos y los diversos caminos posibles para a continuación tomar, expresar y defender su decisión, siendo ésta coherente con su propia escala de valores (6- 7).

El concepto de validez está relacionado con la intencionalidad de las acciones, condicionadas por el estado anímico del paciente; ejemplo: durante un ataque de ira la decisión puede no ser válida, aunque

sea voluntaria, pues no refleja de forma adecuada su deseo. La autenticidad tiene que ver con la escala de valores, una decisión tomada por un sujeto voluntario informado y competente pero que va en contra de los valores que ha seguido toda la vida puede no ser realmente auténtica.

Los principios y normas definen lo bueno, lo normal, mientras que las excepciones marcan lo que se considera malo o menor. El peligro de las excepciones es que se erijan ellas mismas como normas (6-7).

Este trabajo se propone como objetivo el explorar el conocimiento que sobre consentimiento informado tienen los miembros del Servicio de Ortopedia y Traumatología (Especialistas y Residentes), del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de la provincia de Ciego de Ávila, así como la aplicación de sus principios en la cirugía mayor ambulatoria.

DESARROLLO

En Cuba la creación y perfeccionamiento de un programa de cirugía mayor ambulatoria desde 1988 ha facilitado el desarrollo de éste tipo de cirugía incorporándose de forma paulatina este proceder en diferentes Hospitales del país a partir de 1990. El mismo ha representado un avance en la utilización y racionalización de los Servicios Médicos. Se denomina Cirugía Mayor Ambulatoria a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizados con anestesia general, local o regional que requieren cuidados post-operatorio poco intensivos o de corta duración por lo que no precisa ingreso hospitalario posibilitándose el alta a las pocas horas después de realizado el procedimiento.

La Cirugía Mayor Ambulatoria como proceder médico presenta las siguientes ventajas y desventajas:

VENTAJAS:

- 1 Alteración mínima del ritmo de vida del paciente y su entorno.
- 2 Disminución de los costos por procedimiento.
- 3 Reducción o eliminación de la lista de espera quirúrgica.
- 4 Evita complicaciones atribuibles a ingresos hospitalarios.
- 5 Posibilita mayor atención individualizada involucrando al médico y enfermera de la familia.
- 6 Reduce el daño psicológico al paciente.
- 7 Implica alta calificación profesional e importante eficiencia organizativa.
- 8 Introduce nuevos cambios y conceptos en la gestión hospitalaria.

DESVENTAJAS:

- 1 Resistencias a los cambios por el personal Técnico y Administrativo, que incluye la percepción por parte de los Profesionales de la Salud como un método menos seguro.

- 2 Disminuye el control de las indicaciones médicas y disminuye la observación al paciente.

Tomando en cuenta los importantes pasos que ha dado nuestro servicio en la aplicación de la Cirugía Mayor Ambulatoria a partir del año 1992 con un incremento paulatino del número de estos procedimientos realizados por años de manera que esto significa una reducción de los costos en un 28,9%, por lo que nos dimos a la tarea de realizar un estudio para conocer el grado de conocimientos que sobre Consentimiento Informado tenían nuestros médicos y como se aplicaban en relación con este tipo de cirugía. Se confeccionó un cuestionario que incluyen preguntas sencillas y elementales sobre la información que se le brinda a los pacientes en la consulta pre-quirúrgica con el fin de aportar elementos que nos orienten sobre el grado de aplicación de este principio de la bioética; nos entrevistamos individualmente con todos los miembros del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, a continuación pasamos a comentar los resultados obtenidos, los cuáles están expuestos de forma cualitativa teniendo en cuenta los tipos de estudios realizados y la uniformidad y coincidencia de las respuestas ofrecidas por la mayoría de los encuestados.

La mayoría coincidió en el desconocimiento del concepto de consentimiento informado desconociendo sus principios y su inserción en la bioética manejándose la idea de que se trata de la acción de consentir por parte del paciente y aceptar el proceder dejando entrever el aspecto legal del asunto.

La mayoría de los médicos respondieron a la segunda pregunta del cuestionario explicando que daban algunos elementos al paciente sobre las características de su enfermedad y el pronóstico usándolos como argumentos para justificar la elección de la cirugía mayor ambulatoria y no con el propósito de obtener un consentimiento informado. En lo referente al pronóstico generalmente se omite, aludiéndose que lo referente al mismo podría restar valor al objetivo final de esa entrevista (Consulta Prequirúrgica) que es en definitiva la elección de la cirugía mayor ambulatoria.

Ante la pregunta de si explican las alternativas de tratamiento, sus ventajas y desventajas prima la opinión de que por ser el médico el personal capacitado debe ser quién determine el procedimiento a escoger, lo cual evita explicar las alternativas del tratamiento, así como sus ventajas y desventajas. Al interrogarlos sobre si una vez aceptada por el paciente la Cirugía Mayor Ambulatoria explicaban a éste sus beneficios, riesgos y complicaciones, nos respondieron que lo hacían de forma rápida y sencilla pues nuestros pacientes no reparan mucho en ese aspecto.

Los Ortopédicos encuestados coinciden en la opinión de que el criterio del paciente no influye sobre ellos a la hora de elegir el proceder quirúrgico a aplicar pues en su proceder prima el deseo de llevar bienestar y elevar la calidad de vida del paciente con el menor riesgo posible.

Los facultativos contestaron que era muy difícil saber el grado de información que tenían los pacientes sobre su enfermedad ya que esto requería tiempo y estaba determinado por las características de cada paciente y el grado de relación que se establecía entre ambos.

Definiciones Operacionales:

Ética Médica:

Es una manifestación particular de la ética en general, y trata específicamente los principios y normas de conducta que rigen entre los trabajadores de la salud. Su relación con el hombre sano o enfermo y con la sociedad, abarca también el error médico, el secreto profesional y la experimentación con el humano, su problema fundamental es la relación médico paciente, la relación de los trabajadores de la salud entre sí y de estos con los familiares de los pacientes(1-3, 8).

Bioética:

En su esencia es la disciplina que evalúa la actitud hacia los seres vivos. Se trata del estudio sistemático de la conducta humana, en el campo de las Ciencias Biológicas y la Atención a la Salud Pública, sobre bases bien definidas de valores y principios morales; y nace como una necesidad indispensable observada por los profesionales de proteger la vida humana y su entorno (1, 5- 7).

CONCLUSIONES

- 1 Existe desconocimiento generalizado sobre el término “consentimiento informado”.
- 2 Los médicos transmiten sólo al paciente la información que consideran necesaria para obtener su consentimiento para realizar la cirugía mayor ambulatoria.
- 3 Predomina el paternalismo y el principio ético del beneficio sobre el de derecho al respeto a la persona y a su autonomía.
- 4 Hay desconocimiento sobre la información que el paciente tiene de su enfermedad y de la que necesita para obtener su consentimiento.

RECOMENDACIONES

- 1 Capacitar a los miembros del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” sobre el principio del consentimiento informado y lograr su aplicación en la práctica médica especialmente en la cirugía mayor ambulatoria.
- 2 Transmitir esta experiencia al resto de las especialidades quirúrgicas, así como al Servicio de Anestesiología.

- 3 Reconocer al principio del consentimiento informado como un derecho humano y una indudable garantía para elevar la calidad de los servicios médicos.

ABSTRACT

There has been done a descriptive observational research with the purpose to know the knowledge degree of informed consent in major ambulatory surgery (MAS), in orthopaedic and traumatology service of General Hospital "Dr Antonio Luaces Iraola" of Ciego de Avila. Making a deep revision of the aspects related to ethic, including its principles and elements that compound the Informed Consent Theory. As a result of this research, we found that doesn't exist an adequate knowledge about the topic, that's why there are established some recommendations.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Colectivo de autores. Medicina y ética. Rev Internac Bioét Deontol Ética Méd. 2002; 13(4): 4551.
- 2 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lecturas de Filosofía, salud y sociedad. La Habana: MINSAP; 2000.
- 3 Acosta, JR, González MC. El escenario postmoderno de la Bioética. En: Acosta, JR, editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p.17-24.
- 4 Centro de Investigaciones Sociológicas. La Asistencia Sanitaria en España. Rev Española Invest Sociol. 1991; 12(2): 59-60.
- 5 Lara MC, de la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. Bol Of Sanit Panam. 1990; 108(5-6): 439-444.
- 6 Consejo de la Organización Internacional de las Ciencias Médicas. Organización Mundial de la Salud. Proposed international guidelines for biomedical research. involving human subjects. Ginebra: OMS; 1989.
- 7 Beauchamp T, Walters L. Contemporary issues in Bioethics. 3 ed. Belmont: Wadsworth; 1989.
- 8 Beauchamp T, Childres S. Principles of Biomedical Ethics. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1983.

ANEXOS

ENTREVISTA:

- 1 ¿Conoce o tiene usted nociones sobre el término de consentimiento informado?
- 2 ¿Da a conocer al paciente las características de su enfermedad y el pronóstico de la misma?
- 3 ¿Expone y explica al paciente las alternativas de tratamientos, sus ventajas y desventajas?
- 4 ¿En los casos que se practica la cirugía mayor ambulatoria se informa previamente al paciente sobre beneficios, riesgos y complicaciones?
- 5 ¿Cree usted que el criterio del paciente debe determinar o tenerse en cuenta para el proceder médico en la cirugía mayor ambulatoria?
- 6 ¿Tiene conciencia el médico del nivel de información que sobre su enfermedad tiene y necesita el paciente?