



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCION MEDICA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL MANUEL GEA GONZALEZ SSA, MEXICO.

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:

DRA. FLOR DE LIZ SANCHEZ MARIN

ASESOR:

DR. SAMUEL WEINGERZ MEHL

Agosto de 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y en la sección de Estudios de posgrado e investigación de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la dirección del Dr. Samuel Weingerz Mehl.

Este trabajo de Tesis con No. PROT-02-61-2008, presentado por la alumna Flor de Liz Sánchez Marín se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis, Dr. Samuel Weingerz Mehl, y la división de investigación a cargo del doctor Alfonso Galván Montaña con fecha del 5 de Agosto de 2008 para su impresión final.

**División de Investigación
Dr. Alfonso Galván Montaña**

**Tutor principal
Dr. Samuel Weingerz Mehl**

Autorizaciones

Dr. Samuel Weingerz Mehl
Jefe de División de Bioética
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Dr. Hilario Gutiérrez Acar
Jefe de División de Anestesiología.
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Dr. Alfonso Galván Montaña
Dirección de Investigación
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Dr. Octavio Sierra Martínez
Director de enseñanza
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCION MEDICA DEL SERVICIO DE
ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL MANUEL GEA GONZALEZ SSA, MEXICO.**

Colaboradores:

Dra. Flor de Liz Sánchez Marín

Firma: _____

Dr. Samuel Weingerz Mehl

Firma: _____

INDICE

Glosario.....	VII
Relación de figuras y tablas.....	VIII
Resumen.....	XI
Abstract.....	XIII
1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	3
3. Justificación.....	14
4. Hipótesis.....	16
5. Objetivos.....	17
5.1. Objetivo General.....	17
5.2. Objetivos Específicos.....	17
6. Material y Métodos.....	18
6.1. Tipo de estudio	
6.2. Ubicación temporal y espacial	
6.3. Criterios de selección de la muestra	
6.4. Variables	
6.5. Tamaño de la muestra	
6.6. Procedimiento	
6.7. Análisis estadístico	
6.8. Descripción operativa del estudio	
7. Resultados.....	21
8. Discusión.....	48
9. Conclusiones.....	49
10. Perspectivas.....	51
11. Bibliografía.....	52
12. Anexos.....	54
12.1. Anexo No. 1.....	54
12.2. Anexo No. 2.....	55
12.3. Anexo No. 3.....	59
12.4. Anexo No. 4.....	61
12.5. Anexo No. 5.....	71

GLOSARIO

BIOETICA: (De *bio-* y *ética*).

1. f. Aplicación de la ética a las ciencias de la vida. (Según la Real academia Española)

CONSENTIMIENTO:

1. m. Acción y efecto de consentir.

2. m. *Der.* Manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente.

3. m. *Der.* En los contratos, conformidad que sobre su contenido expresan las partes (Según la Real academia Española)

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Según la CONAMED:

Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan.

Según la real academia española

1. m. *Der.* El que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento. (Según la Real academia Española)

LEX ARTIS.

Aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las específicas características de su autor, de la profesión, la complejidad del acto y la trascendencia vital para el paciente y, en su caso, la influencia de factores endógenos estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada.

Tribunal Supremo, Madrid. Sentencia de 11 de marzo de 1991

ABREVIATURAS

Art. Artículo

CONAMED.- comisión nacional de arbitraje médico

EUA.- Estados Unidos de América.

IMSS.- Instituto mexicano del seguro social.

OCED.- organización para la cooperación económica y de desarrollo.

SSA. Secretaria de salud.

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

Cuadro 1.- Variables

Figura 1.- Propósito principal del consentimiento informado.

Figura 2.- Propósito del consentimiento: en caso de existir una controversia legal.

Figura 3.- Todos los pacientes deben firmar un consentimiento informado

Figura 4.- Responsable de obtener el consentimiento informado.

Figura 5.-Delegan la responsabilidad a otro miembro del grupo.

Figura 6.-Se sienten incómodos con el paciente.

Figura 7.- Encuentran difícil redactar y explicar el consentimiento informado.

Figura 8.- Discuten el consentimiento informado con sus pacientes.

Figura 9.-Dan a leer la carta antes de firmarla.

Figura 10.- Han recibido un curso de cómo obtener el consentimiento.

Figura 11.- Han enseñado a otros a obtener el consentimiento informado.

Figura 12.- Cuentan con discusiones formales sobre el consentimiento informado en su lugar de trabajo.

Figura 13.-Consideran que redactar la carta de consentimiento informado le toma mucho tiempo.

Figura 14.- Encuentran fácil redactar y explicar la carta de consentimiento informado.

Figura 15.- Los pacientes son incapaces de comprender los métodos aleatorios de asignación.

Figura 16.- El consentimiento informado es útil para los pacientes.

Figura 17.- El consentimiento informado afecta la conformidad del paciente.

Figura 18.- El consentimiento informado proporciona más información de la necesaria.

Figura 19.- El consentimiento informado aumenta la morbilidad y mortalidad.

Figura 20.- Es difícil para el médico decidir que informar a los pacientes.

Figura 21.- Están en desacuerdo con la cantidad de información incluida en las cartas de consentimiento.

Figura 22.- Es difícil obtener el consentimiento informado después de explicar los efectos adversos o secundarios.

Figura 23.- Es difícil obtener el consentimiento después de dar una mala noticia.

Figura 24.- Es más fácil obtener el consentimiento informado verbal que escrito.

Figura 25.- Las cartas de consentimiento informado son muy rígidas para ser útiles.

Figura 26.- La carta de consentimiento informado resulta muy compleja para su comprensión por el paciente.

Figura 27.- El consentimiento informado me obliga a tener conversaciones adicionales con mis pacientes.

Figura 28.- Los pacientes que participan en un protocolo clínico obtienen más información que aquellos que no están en un protocolo de investigación.

Figura 29.- El consentimiento informado afecta la creencia del paciente de que la principal preocupación del médico es su bienestar.

Figura 30.- El consentimiento informado tiene un impacto en la relación con mi paciente.

Figura 31.- El consentimiento informado elimina la necesidad de determinar si el paciente requiere más información.

Figura 32.- La cantidad de información que se requiere proporcionar sobre el padecimiento.

Figura 33.- Cantidad de información que se requiere proporcionar sobre los procedimientos a utilizar.

Figura 34.- Cantidad de información que se requiere proporcionar sobre los beneficios potenciales.

Figura 35.- Cantidad de información que se requiere proporcionar sobre los efectos secundarios.

Figura 36.- Los pacientes comprenden sobre el propósito del diagnóstico y tratamiento médico.

Figura 37.- los pacientes comprenden sobre los procedimientos que se utilizarán.

Figura 38.- Los pacientes comprenden sobre los efectos secundarios potenciales.

Figura 39.- Los pacientes comprenden sobre el desarrollo de fármacos en general.

Figura 40.- Los pacientes comprenden sobre el uso de placebos.

Figura 41.- Los pacientes comprenden sobre el significado de "asignación al azar"

Figura 42.- Tiempo aproximado que se da a los pacientes para leer y firmar la carta de consentimiento.

Figura 43.- Lugar donde se da a leer la carta de consentimiento informado.

Figura 44.- Expedientes con consentimiento informado.

Figura 45.- Turno en que se presentó la falta de llenado del consentimiento informado.

Figura 46.- Edad de médicos

Figura 47.- Sexo.

Figura 48.- Universidad.

Figura 49.- Tipo de médico.

Figura 50.- Lugar de especialidad.

Figura 51.- Cuentan con subespecialidad.

Figura 52.- Materia de bioética.

Figura 53.- Participación en protocolos.

Figura 54.- Función en la realización del protocolo

Anexo 1.- Hoja de captura de datos.

Anexo 2.- Encuesta de opinión para los médicos.

Anexo 3.- Consentimiento informado.

Anexo 4.- Tablas de resultados del programa SPSS 13.0

Anexo 5.- Formato de carta de consentimiento de la división de Anestesiología

RESUMEN.

El consentimiento informado es un presupuesto de la *lex artis* y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Es una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina. Es un derecho humano primario y a la vez una exigencia ética y legal para el médico. Su desarrollo conoció distintas etapas: “consentimiento voluntario”, “consentimiento informado”, “consentimiento válido”; actualmente, el “consentimiento auténtico” se caracteriza por adecuarse plenamente al sistema de valores del paciente. Salvo las circunstancias excepcionales que se analizan, sólo el paciente es el titular de este personalísimo derecho. Debe prestarse antes del acto médico y es revocable sin formalidad alguna. En la mayor parte de los casos el consentimiento es escrito. Estos protocolos deben ser de base genérica y completarse en función de las características de cada caso. La validez del consentimiento se extenderá hasta donde haya llegado la información. El deber de informar alcanza a las consecuencias y riesgos que razonablemente se puedan prever, pero no sobre los excepcionales. El consentimiento informado supone un proceso que va más allá de la firma de un documento de autorización. Este proceso supone una relación de información, comprensión, confianza y autorización entre el médico y el paciente.

El **objetivo** del presente trabajo es conocer la situación actual del consentimiento informado en la atención médica del servicio de Anestesiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González SSA, identificando los factores que puedan afectar su adecuada implementación. **Resultados:** De los 31 médicos a los cuales se les realizó la encuesta, en relación a comprensión sobre el propósito principal del consentimiento informado, el 90.3% de los médicos contestó de manera correcta. El 74.7% de los médicos considera que el consentimiento informado es para protección legal. El 100% considera que todos los pacientes deben firmar un consentimiento informado. El 35.5% considera que el médico es el único responsable de obtener el consentimiento informado y el 61.3% delega esa responsabilidad a otro miembro del grupo o clínica. El 45.2% considera que redactar la carta de consentimiento informado le toma mucho tiempo y el 61.3% considera fácil redactar y explicar la carta de consentimiento informado. El 35.5% considera difícil obtener el consentimiento informado después de explicar los efectos adversos o secundarios y en el 54.8%

después de dar al paciente una mala noticia. De todos los médicos encuestados solo uno ha cursado una materia sobre ética médica y el 97% otorga minutos a sus pacientes para leer y firmar la carta de consentimiento informado, realizando este acto en el consultorio de valoración pre anestésica en el 77% de los casos. En cuanto a la revisión de expedientes el 9% no cuenta con carta de consentimiento informado y el 56% de estos fueron atendidos en el turno nocturno. **Conclusiones:** La mayoría de los médicos conocen el objetivo principal del consentimiento informado y están conscientes que todo paciente sometido a un procedimiento anestésico requiere un consentimiento informado, sin embargo encuentran difícil redactar una carta de consentimiento y creen que después de informar al paciente sobre su padecimiento, el procedimiento a realizar, los efectos adversos secundarios o dar una mala noticia es difícil obtener el consentimiento informado por parte del paciente. De los 528 expedientes revisados, solo el 9% no cuenta con una carta de consentimiento informado, existiendo dicha falta en el turno nocturno en el 56%. De todos los médicos encuestados solo uno ha cursado una materia sobre ética médica. La tercera parte ha tomado parte en un protocolo de investigación, la mayor parte de las veces como investigador responsable. El formato que se utiliza en este servicio de anestesiología no especifica la técnica anestésica a utilizar.

ABSTRACT.

The informed consent is a budget of *lex artis* and, therefore, a clinical act, whose breach can generate responsibility. She is one of the maximum contributions that the right has made to the medicine. It is primary a human right and simultaneously an ethical and legal exigency for the doctor. Its development knew different stages: "voluntary consent", "informed consent", "valid consent"; at the moment, the "authentic consent" is characterized to adapt itself totally to the system of values of the patient. Except for the exceptional circumstances that they analyze themselves, only the patient is the holder of this right personal. It must be lent before the medical act and is stucco able without formality some. In most of the cases the consent is written. These protocols must be of generic base and be completed based on the characteristics of each case. The validity of the consent will extend to where the information has arrived. To have to inform it reaches to the consequences and risks that reasonably can be anticipated, but not on the exceptional ones. The informed consent supposes a process that goes beyond the company/signature of an authorization document. This process supposes a relation of information, understanding, confidence and authorization between the doctor and the patient. **The objective** of the present work is to know the present situation the consent informed in the medical attention into the service of Anesthesiology of the General Hospital Dr. Manuel Gea González SSA, identifying the factors that can affect their suitable implementation. **Results:** Of the 31 doctors to which the survey was made to them, in relation to understanding on the main intention of the informed consent, the 90, 3% of the doctors answered of correct way. The 74, 7% of the doctors consider that the informed consent is for legal protection. The 100% consider that all the patients must sign an informed consent. The 35, 5% consider that the doctor is the only person in charge to obtain the informed consent and the 61, 3% delegates that responsibility to another member of the group or clinic. The 45, 2% consider that to write up the letter of informed consent it takes long time him and the 61, 3% considers easy to write up and to explain the letter of informed consent. The 35, 5% consider difficult to obtain the consent informed after explaining the adverse or secondary effects and in the 54,8% after notifying to the patient bad. Of all the questioned doctors single one has attended a matter on medical ethics and 97% grant minutes to their patients to read and to sign the letter of informed consent, making this act in the doctor's office of anesthetic valuation

pre in 77% of the cases. As far as the revision of files 9% do not count on letter of informed consent and 56% of these were taken care of in the nocturnal turn. **Conclusions:** Most of the doctors they know the primary target the informed consent and are conscious that all patient submissive an anesthetic procedure requires an informed consent, nevertheless they find difficult to write up a consent letter and think that after informing to the patient on its suffering, the procedure to make, the secondary adverse effects or to notify bad it is difficult to obtain the consent informed on the part of the patient. Of the 528 reviewed files, single 9% do not count on a letter of informed consent, existing this lack in the nocturnal turn in 56%. Of all the questioned doctors single one has attended a matter on medical ethics. The third part has taken part in a protocol from investigation, most of the times like responsible investigator. The format that is used in this service of anesthesiology does not specify the anesthetic technique to use.

1. INTRODUCCION.

El consentimiento informado es la piedra angular de la relación médico-paciente. La idea del consentimiento informado está arraigada en el principio ético del respeto a la autonomía de los pacientes, que afirma que estos tienen derecho a la autodeterminación. El objetivo del consentimiento informado es maximizar la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas considerablemente autónomas ^(1,2).

El anestesiólogo trabaja con personas cuyas emociones pueden facilitar u obstaculizar la dinámica del trabajo y el resultado a alcanzar.

Al revisar la literatura llama la atención conocer, por ejemplo, que según el Departamento y Cátedra de Anestesiología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quíntela" de Uruguay, un treinta por ciento de los enfermos sometidos a cirugía carecen de visita pre- anestésica, un treinta por ciento de los pacientes en la visita pre-anestésica manifiestan temor; dos terceras partes de ellos plantean no haber recibido información y el cincuenta por ciento desconoce que el anestesiólogo es Médico ⁽³⁾. Dentro de los miedos referidos están el temor a la muerte, a no despertar, a estar consciente durante la cirugía, a sentir dolor, a quedar con secuelas y a complicaciones postoperatorias como náuseas, mareo, dolor de espalda y depresión. La visita pre-operatoria debe encaminarse a disminuir la ansiedad del paciente, a detectar afecciones médicas y características personales del paciente que influirán en la estrategia anestésica , estratificar el riesgo - todo lo cual conducirá a la disminución de la morbimortalidad - y a obtener el consentimiento informado por parte del paciente. Ese es el momento para brindar al paciente y a su familia la oportunidad de hacer preguntas, recibir respuestas y cimentar una relación mutuamente satisfactoria, evitando así que el paciente vea al Anestesiólogo como "el médico que está detrás de una mascarilla en el quirófano" ⁽⁴⁾.

En nuestro país la figura del consentimiento informado se exige como requisito legal en la práctica común de la Medicina y su orientación y aplicación se da predominantemente en la esfera de la investigación médica. De igual forma, en la División de Anestesiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González se cuenta con un formato escrito de consentimiento informado, sin embargo algunos médicos anestesiólogos adscritos y residentes que conforman el servicio desconocen la finalidad, los objetivos, la calidad y cantidad de información que se requiere brindar, y el

conocimiento que es un procedimiento imprescindible en la ejecución del proceder anestésico en todos los enfermos a nuestro cuidado, siempre basados en los principios de la bioética.

Es por todo lo anterior que se realiza este estudio, el cual evaluó a todos los médicos anestesiólogos adscritos y residentes en cuanto a sus conocimientos sobre el consentimiento informado, así mismo incluye la revisión de expedientes clínicos y quirúrgicos buscando contar con su carta de consentimiento informado y las firmas correspondientes. Los resultados fueron capturados en hojas de cálculo de Excel, analizados y se presentan como resultado de este trabajo de investigación.

2. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES JURÍDICOS

- En la legislación mexicana, el término acto médico no se contempla como término para designar a la actividad profesional del médico.

- En la Ley General de Salud, se definen con relación al ejercicio profesional médico, los siguientes conceptos:

- Servicios de Salud (art. 23). “Todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”

- En el mismo ordenamiento, en su artículo 32, se define a la Atención médica, como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”

La preocupación por los problemas de la ética médica en la investigación clínica cobró interés después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se hizo un esfuerzo organizado por recuperar un orden moral básico para la sociedad. En agosto de 1947, un Tribunal Internacional Jurídico se reunió con un grupo de expertos médicos para redactar un código de conducta sobre la investigación experimental en sujetos humanos, el cual se conocería más tarde como el Código Núremberg, por la ciudad alemana donde se fundó el Tribunal ⁽⁵⁾. Dicho Tribunal tuvo entre otras funciones, juzgar a los médicos nazis acusados como criminales de guerra por haber utilizado prisioneros de los campos de concentración, para experimentación médica durante la guerra ⁽⁶⁾.

Código Núremberg

Establece que la experimentación en humanos se justifica sobre la base de que tales experimentos generan información que beneficia a la sociedad y que no puede obtenerse por otros métodos o medios de estudio, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de los problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Sólo podrá realizarse cuando exista una razonable seguridad de que no se expone a riesgos ni a daños innecesarios al sujeto en experimentación y se debe adaptar a los principios científicos y éticos ⁽⁵⁾.

El consentimiento voluntario del sujeto humano es esencial y necesario. Esto significa que la persona involucrada debe gozar de capacidad legal total para consentir. Debe poder elegir

libremente, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, presión, supervisión o cualquier otra forma de limitación, debe tener suficiente información y conocimiento del alcance del experimento para hacer una decisión ponderada y definida. Antes de que el sujeto experimental acepte debe estar completamente informado de la naturaleza, duración y el objetivo del experimento, así como los métodos y medios empleados, los peligros y riesgos en los que se puede incurrir y las consecuencias para su salud o su persona que pudiesen resultar de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de certificar la calidad del consentimiento corresponden al investigador. Durante el curso del experimento el sujeto humano está en libertad de terminarlo si ha llegado a un estado físico o mental en el que le parezca que es imposible continuarlo. Además, puede retirarse cuando quiera sin mayor razón que su voluntad expresa.

El experimento debe obtener resultados útiles para el bien de la sociedad, imposibles de obtener por otros medios, no debe estar diseñado al azar ni ser innecesario. Debe basarse en datos obtenidos en estudios en animales y en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de problemas relacionados con el estudio y diseñarse de manera que los resultados anticipados justifiquen su realización. Además, al llevarse a cabo debe evitar todo sufrimiento o lesión física o mental innecesaria y el grado de riesgo del experimento nunca debe exceder el nivel de beneficio determinado por la importancia humanitaria del problema que pretende resolver. Deben tomarse todas las precauciones y proporcionar todas las instalaciones para proteger al sujeto experimental en contra de cualquier posibilidad de lesión, incapacidad o muerte, por más remota que sea. Por último, el experimento sólo debe ser llevado a cabo por personal científicamente calificado. Durante el curso del experimento, el investigador debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si tiene motivos para creer, de acuerdo con sus valores éticos, buena fe, conocimientos especializados y juicio cuidadoso, que continuarlo puede causar lesiones, incapacidad o la muerte del sujeto experimental⁽⁵⁾.

A partir del Código Núremberg, se han propuesto muchos otros, como el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (AMM) de 1954, la Declaración de Helsinki (AMM) de 1964 (revisada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000), los Principios de Ética Médica de la Asociación Médica Americana

de 1971 (revisados en 2000), la Guía para la protección de sujetos humanos del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EUA de 1971 y otros más ⁽⁷⁾. En su mayoría, todos estos códigos y principios se basan en los conceptos básicos propuestos en el de Núremberg.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001⁽⁸⁾ presentó siete Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que se enuncian a continuación.

1. Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
2. Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
3. Contar con registros en su expediente clínico.
4. Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
5. Atender pacientes solamente cuando se está facultado para ello, mediante el título o diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como; aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
6. Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.
7. Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico.

En diciembre del mismo año 2001, la propia Comisión de Arbitraje Médico emitió y difundió la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes"⁽⁹⁾, integrada con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos en nuestro País. Incluye:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.

7. Tener facilidades para contar con una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un excelente expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se editó el Código de Ética ⁽¹⁰⁾, dedicado a la aplicación de los preceptos que contiene en el ámbito del propio Hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

El martes 26 de noviembre 2002 la Academia Mexicana de Cirugía en su Sesión Solemne de Clausura del Año Académico, presentó su Código de Ética ⁽¹¹⁾, aplicable a sus académicos en particular y al gremio médico en general.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Dentro de los cambios que han surgido en la ética moderna, a raíz de la Declaración de los Derechos Humanos en Ginebra ⁽¹²⁾ y de la Declaración de Helsinki ⁽¹³⁾, los derechos de los pacientes han tomado una gran relevancia.

Con referencia a tal *consentimiento informado* en nuestro país existen pronunciamientos claros en la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS y en Normas Oficiales Mexicanas, en cuanto a la decisión libre, responsable, informada y sin coacción

La Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud, en lo referente a hospitales, hace énfasis en la obligatoriedad de contar en el expediente clínico con constancias documentales, del consentimiento informado de los procedimientos realizados que lo requieran ⁽¹⁴⁾.

Por acuerdo con la CONAMED, las quejas relacionadas con el consentimiento informado son atendidas por las comisiones de derechos humanos ⁽⁹⁾.

Los pacientes como todo ser humano tienen derecho a valores como la vida, la libertad, la integridad, la equidad, la dignidad, la seguridad jurídica y la salud.

Con referencia a la atención de su salud, el paciente tiene ahora el derecho y el deber, de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud. Entre los derechos de los pacientes está: recibir una atención médica conforme a los principios éticos vigentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se puede definir al consentimiento informado como ⁽⁹⁾:

"Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan".

El consentimiento informado incluye los siguientes conceptos:

1. *Derecho a la información:*

Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quien es el médico responsable de su atención. Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó. Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir. Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad. Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite. Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar. Que se dé respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.

2. *Libertad de Elección:*

Opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.

Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos, en la medida en

que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.

Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.

No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.

Preservar la calidad de su vida.

No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.

En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.

A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.

La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado; sin haberlo explicado claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento.

El médico deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción. El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.

3. *Riesgos e inconvenientes:*

Ser demasiado explícito y causar depresión angustia o miedo en los pacientes, al conocer su situación real, si esta no fuera tan buena como esperaba.

Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, con menos ética y posiblemente menos competente.

Informar en forma deshonesta al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "completar el caso", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).

Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.

Información alarmante dirigida a "cubrirse" (medicina defensiva) de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación, impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico, cuando desee deshacerse de él.

La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte asumir la responsabilidad de continuar atendiendo al paciente, sin haber llevado a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.

Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.

4. *Condiciones que requieren consentimiento informado:*

La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en

casos de urgencias extrema, con riesgo para quienes convivan con ellos, su salud o su vida, particularmente en caso de intento de suicidio.

La realización de una intervención quirúrgica.

La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.

La participación en protocolos de investigación.

La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.

La práctica de procedimientos invasivos.

El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.

Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.

En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.

El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.

En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, diseñados "ex profeso", con la firma de dos testigos, familiares y no familiares, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales.

En casos en que el riesgo sea importante, en procedimientos definitivos de control de la fertilidad o cuando sea el paciente el que deba comprometerse es preferible que el consentimiento sea por escrito.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente en uso de sus facultades mentales, aún en caso de que la opinión de la familia sea diferente. Cuando hubiera negativa de aceptación por el paciente, ésta deberá consignarse por escrito en el expediente clínico, si es posible con la firma del paciente o en su defecto, del familiar legalmente responsable.

Una vez otorgado su consentimiento, el paciente deberá comprometerse a participar responsablemente en su atención.

Si el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento y no estuviera presente un familiar responsable o un apoderado legal que pueda otorgarlo por él, el médico tratante o cualquier médico en caso de urgencia, puede tomar la decisión. Se debe ser particularmente escrupuloso en las anotaciones que se hagan en el expediente clínico, especialmente en lo que se refiere a la fundamentación de las decisiones que se tomen. En estos casos, sobre todo si existe duda, el Comité de Ética Hospitalario puede intervenir para apoyar la decisión, siempre a favor del paciente.

El médico tiene derecho a negarse a administrar tratamientos que no considere adecuados médicamente, excesivos o gravosos para el paciente o la familia, desde el punto de vista económico o moral, o que puedan acelerar el desenlace final, especialmente si el beneficio esperado no los justifica. En estas circunstancias se considera adecuado consultar o transferir al paciente a otro médico o solicitar la intervención del Comité de Ética Hospitalario.

El paciente también tiene derecho a:

- Que se tomen en cuenta sus preferencias en el ejercicio de su autonomía para tomar una decisión, particularmente si está consciente o si las dejó por escrito cuando lo estaba (testamento vital).
- Cuando el paciente no este en condiciones de otorgar su consentimiento, cualquier indicación relacionada con la abstención o suspensión de apoyo vital, debe ser informada y consensada con la familia o con el familiar legalmente responsable. Si existe desacuerdo con la familia, se puede recurrir a la intervención de un médico de su confianza, al Comité de Ética Hospitalario o al poder judicial, y en caso necesario trasladar al paciente a otra institución. Todo deberá quedar escrupulosamente registrado en el expediente clínico.
- Elaborar su "testamento de vida", mientras esté consciente, en el que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que se les realicen y cuáles no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser trasplantados.

En pacientes con padecimientos terminales que no están en condiciones de tomar decisiones, debe tenerse en cuenta la posible existencia del "*testamento de vida*" sobre su atención, en que con anticipación y por escrito, hubiera expresado su voluntad de ser sujetos o no a determinados procedimientos médicos.

El médico no debe sustituir la concepción de calidad de vida del paciente, por la suya propia.

CONTROVERSIAS

El consentimiento informado requiere ser aplicado en forma muy precisa y en su justo medio, por el riesgo de ocasionar mayor daño con su aplicación estricta, que si no se hubiera cumplido a la letra.

- El consentimiento informado adquiere una mayor complejidad, en pacientes cuyo nivel de conciencia no se encuentra en niveles óptimos o con menoscabo de sus facultades mentales, derivándose la decisión a los familiares responsables, de quienes podríamos no tener la certeza de que están obrando en busca del beneficio primario del enfermo. En esta circunstancia podrían encontrarse también los niños y los ancianos.
- Riesgo de caer en un conflicto de conciencia ante la negativa de un paciente para aceptar un procedimiento indispensable o al menos necesario, para dar cabal cumplimiento a los procesos de diagnóstico o tratamiento, que permitan conducir a la identificación de la enfermedad, su tratamiento o curación, a través de un procedimiento terapéutico. Tal es el caso de la negativa a autorizar una transfusión sanguínea, para la atención de pacientes en quienes la falta de utilización de este recurso, podría ser determinante de la oportunidad de sobrevivir.
- Como complemento del punto previo se tiene la negativa de consentimiento para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contraposición con disposiciones legales que implican la obligación de un médico, para "llevar a cabo cualquier acción que se requiera para preservar la salud o la vida de un paciente".

La ética es la conciencia de la práctica médica. "Una buena práctica dentro de los preceptos de la ética, permite asegurar una atención médica con calidad"⁽¹⁵⁾

3. JUSTIFICACION

Se han publicado diversos artículos ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ sobre el nivel elevado de complejidad de lectura de la mayoría de las cartas de consentimiento informado. No solo dichos documentos se encuentran plagados de términos médicos, sino que también se encuentran redactados por profesionales que no toman en cuenta la disparidad del nivel educacional de los pacientes potenciales. Un estudio publicado en el Journal of the American Medical Association mostró que el 42% de las personas que participaron en la encuesta no fueron capaces de comprender la información médica provista y el 60% no pudo comprender el formato estándar de la carta de consentimiento informado ⁽²⁰⁾. En México no existen estudios de este tipo. Sin embargo, un estudio llevado a cabo por la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED) en el año 2000, con el fin de evaluar las habilidades de lectura de los estudiantes de preparatoria de 31 países (incluyendo los 28 países miembros), situó a México en el último lugar de los países afiliados, mientras que EUA se situó en el lugar 15⁽²¹⁾. La capacidad de lectura se mide en 5 niveles, siendo el nivel 5 el más avanzado. Un 30% de los estudiantes mexicanos alcanza el nivel 2, 28% el nivel 1 y 16% no logra llegar ni siquiera a este nivel. De esta forma, el 74% de la población evaluada en México, resultó incapaz de establecer relación entre diferentes partes de un texto y de relacionarlo con su conocimiento cotidiano familiar. Una duda que surge inmediatamente es ¿qué porcentaje de las personas a las que se les provee de información médica, realmente comprende la información proporcionada, incluyendo la carta de consentimiento?

La presente investigación pretende determinar cuál es la situación actual del consentimiento informado en el hospital General Dr. Manuel Gea González. Hospital público que atiende clase social baja y media. Cuando los pacientes tienen habilidades en teoría no limitadas para la lectura, ni son más propensos a tener dificultad en comprender la información médica escrita, incluyendo los formatos y documentos. En EUA se ha estimado que los costos para el sistema de salud, debido a la carencia de los pacientes para leer, comprender y actuar en consistencia con la información provista, causan pérdidas por hasta 73 mil millones de dólares al año ⁽²²⁾. Cuando la gente no comprende adecuadamente, hay mayor número de visitas al hospital, mayor tiempo de estancia en el hospital, mayor gasto en medicamentos y un mayor uso de los recursos de los sistemas de salud. Aunado a

esto se encuentra la percepción general de los investigadores médicos con respecto al papel que juega el consentimiento informado en la implementación del protocolo clínico. Conocer su percepción con respecto a la cantidad de información que se provee a los pacientes y el entendimiento de dicha información por parte de los participantes, es indispensable para poder hacer un análisis detallado de la situación del consentimiento informado, que nos permita identificar los conflictos, problemas y necesidades locales, con el fin de proponer alternativas para su mejora.

4. HIPOTESIS

Si los médicos consideran importantes los aspectos éticos necesarios para llevar a cabo un acto médico entonces el consentimiento informado en los expedientes del Hospital General Dr. Manuel Gea González cumplirá con los requisitos establecidos por la ley respecto a la calidad de información, facilidad de comprensión, tiempo necesario para discutirlo y evaluarlo.

5. OBJETIVOS

General:

Conocer la situación actual del consentimiento informado en la atención médica del servicio de Anestesiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González SSA, identificando los factores que puedan afectar su adecuada implementación

Específicos:

- Evaluar la percepción que los médicos anestesiólogos tienen sobre la utilidad del consentimiento informado y si consideran que dicho requerimiento afecta su relación con el paciente.
- Evaluar la calidad de la comunicación y de la información contenida en la carta de consentimiento informado, medida como la percepción del médico sobre si el paciente comprende dicha información y sobre la cantidad de la información proporcionada.

Determinar el número de expedientes clínicos que cumplen con los requisitos del consentimiento informado

6. MATERIAL Y METODOS

6.1. Tipo de Estudio

Descriptivo
Abierto
Observacional.
Prospectivo
Retrospectivo
Transversal

6.2. Ubicación Temporal y Espacial

Estudio que se realizó en la División de Anestesiología del Hospital General Manuel Gea González en el periodo comprendido del 1 de Julio de 2008 al 1 de Agosto de 2008.

Todos los expedientes de pacientes del servicio de anestesiología atendidos del 1 de Julio de 2008 al 1 de Agosto de 2008, con un total de 528.

Todos los médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología, con un total de 31.

6.3. Criterios de Selección de la Muestra

Criterios de Inclusión. Médicos Anestesiólogos adscritos y residentes del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Expedientes clínicos y quirúrgicos que fueron admitidos al servicio de Anestesiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González entre el 1 de Julio de 2008 y el 1 de Agosto de 2008

Criterios de Eliminación. Médicos anestesiólogos que no se encuentren disponibles o que decidan no participar en el estudio.

6.4. Variables

Cuadro 1.- Variables

Independientes. (CAUSA)		Dependientes. (EFECTO)	
Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)	Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)
1.-Edad	Ordinal en años	1. Percepción personal de la utilidad del consentimiento informado.	Porcentajes de respuesta del cuestionario
2. Sexo	Nominal	2. Efecto de la carta de consentimiento en la autonomía del medico	Porcentajes de respuesta del cuestionario
3.Lugar donde obtuvo su título	Nominal	3. Evaluación sobre la cantidad de información que se requiere proporcionar.	Porcentajes de respuesta del cuestionario
4. Tiene especialidad	Nominal	4. Percepción sobre la comprensión de la carta de consentimiento por parte de los pacientes	Porcentajes de respuesta del cuestionario
5. Especialidad	Nominal	5. Percepción sobre la cantidad de información que requiere un paciente para dar su consentimiento informado.	Porcentajes de respuesta del cuestionario
6. Lugar donde obtuvo su especialidad	Nominal	6. Calidad de la información proporcionada.	Porcentajes de respuesta del cuestionario
7. Ha cursado alguna materia sobre ética médica	Nominal	7. Cantidad de expedientes completos.	Ordinal
8. Dónde	Nominal		
9. Ha participado previamente en protocolos de investigación clínica	Nominal		

6.5. Tamaño de la Muestra

Todos los expedientes de pacientes del servicio de anestesiología atendidos del 1 de Julio de 2008 al 1 de Agosto de 2008, con un total de 528.

Todos los médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología, con un total de 31.

Forma de asignación de los casos a los grupos de estudio: Secuencial

6.7. Análisis Estadístico.

Por ser este un estudio descriptivo de una encuesta, se utilizaron frecuencias crudas y porcentajes, Correlación regresiva lineal. El análisis estadístico se llevó a cabo por el Investigador principal, utilizando el programa de estadística SPSS versión 13.0.

6.8. Descripción Operativa del Estudio.

Para la realización de éste estudio, se invitó a todos los médicos anestesiólogos adscritos y residentes del Hospital General Manuel Gea González a participar, otorgando como primer punto una carta de consentimiento informado el cual fue explicado por el investigador principal, y una vez obtenido el consentimiento verbal y escrito, se firmó por parte del médico participante, posteriormente se aplica un cuestionario (Anexo 2) el cual incluía un total de 44 preguntas, con dos opciones para contestar: las primeras 7 fueron preguntas abiertas, con respuestas de complementación y el resto de opción múltiple. Las respuestas se capturaron en una hoja de cálculo de Excel.

La segunda fase de este trabajo de investigación incluyó la revisión de expedientes clínicos y quirúrgicos, se buscó que contaran con la carta de consentimiento informado del servicio de anestesiología, así como el nombre y firma del médico anestesiólogo y del paciente. Los datos fueron vaciados en hoja de cálculo de Excel y fueron analizados.

Los formatos de consentimiento informado y cuestionarios aplicados fueron guardados en sobres cerrados para mantener la confidencialidad.

Los resultados se procesaron y muestran en tablas y gráficas, y se presentan en este trabajo de investigación.

7. RESULTADOS

De los 31 médicos a los cuales se les realizó la encuesta, en relación a comprensión sobre el propósito principal del consentimiento informado, el 90.3% de los médicos contestó de manera correcta.

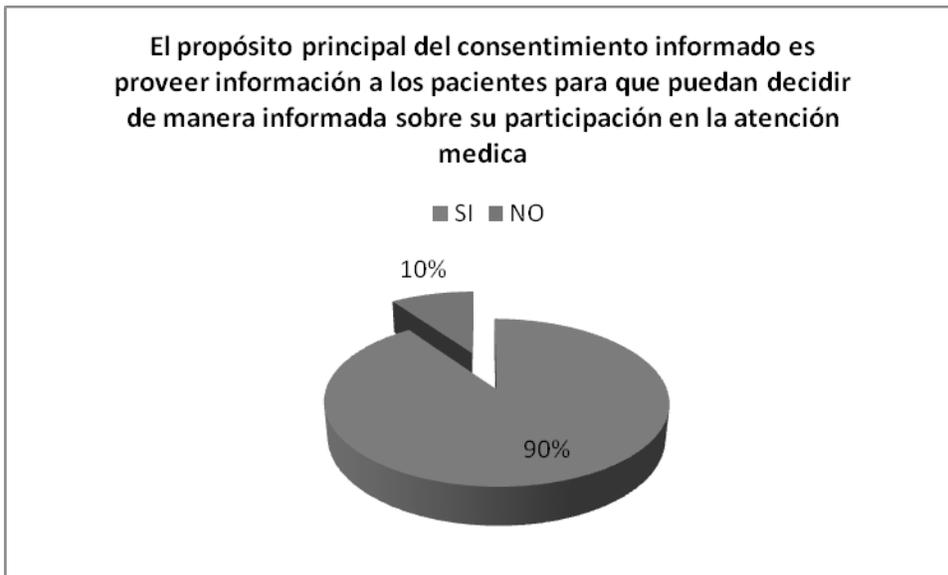


Figura 1

El 77.4% de los médicos considera que el consentimiento informado es para protección legal.

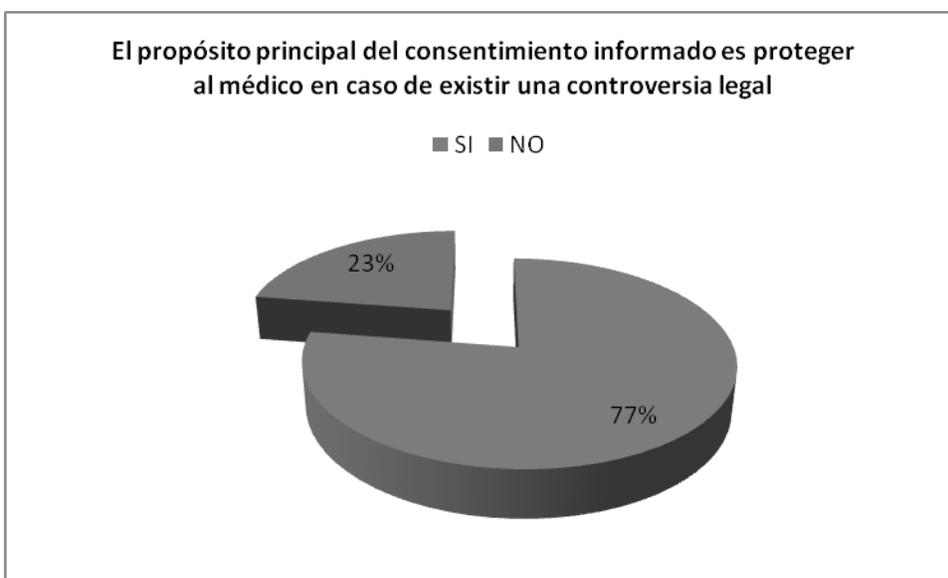


Figura 2.

El 100% considera que todos los pacientes deben firmar un consentimiento informado.

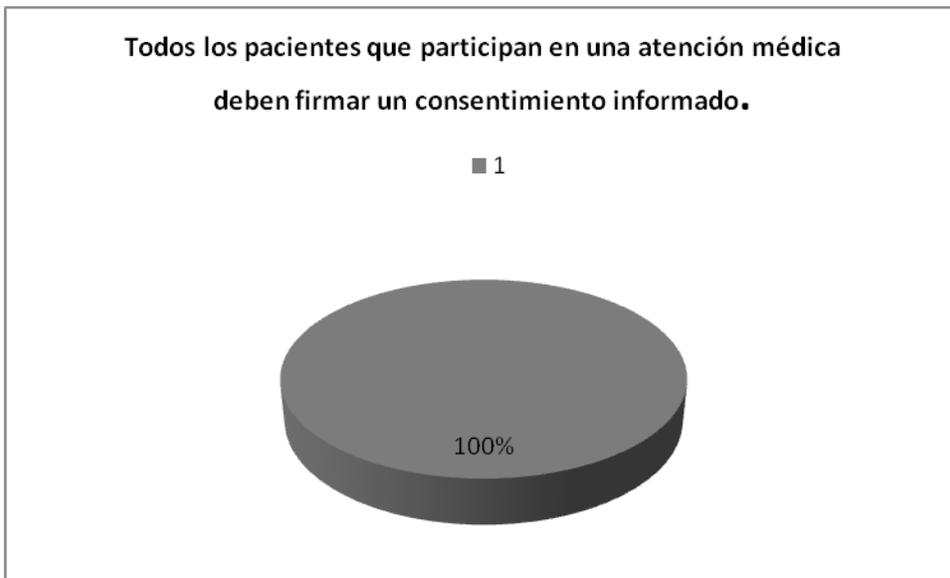


Figura 3

El 35.5% considera que el médico es el único responsable de obtener el consentimiento informado y el 61.3% delega esa responsabilidad a otro miembro del grupo o clínica.

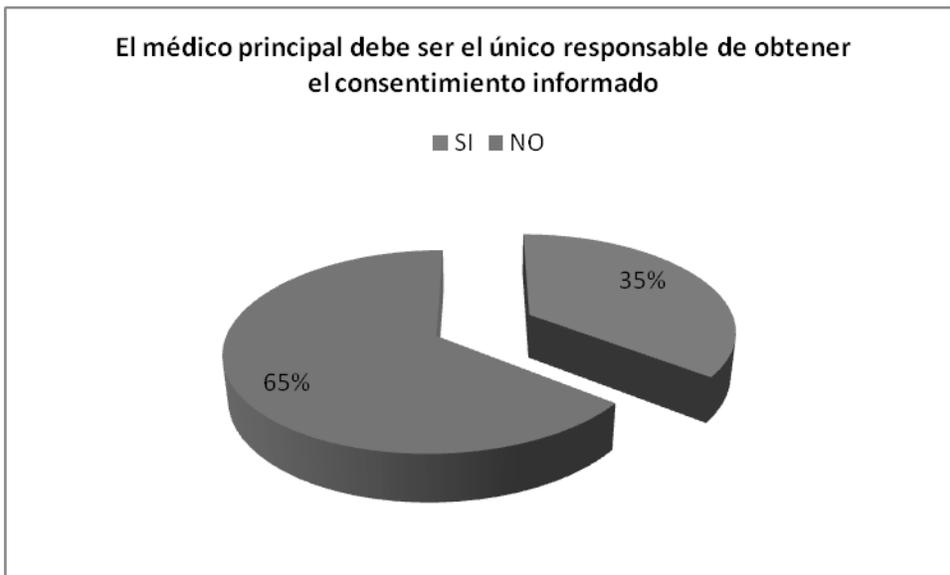


Figura 4



Figura 5.

El 25.8% se siente incómodo al obtener el consentimiento informado.

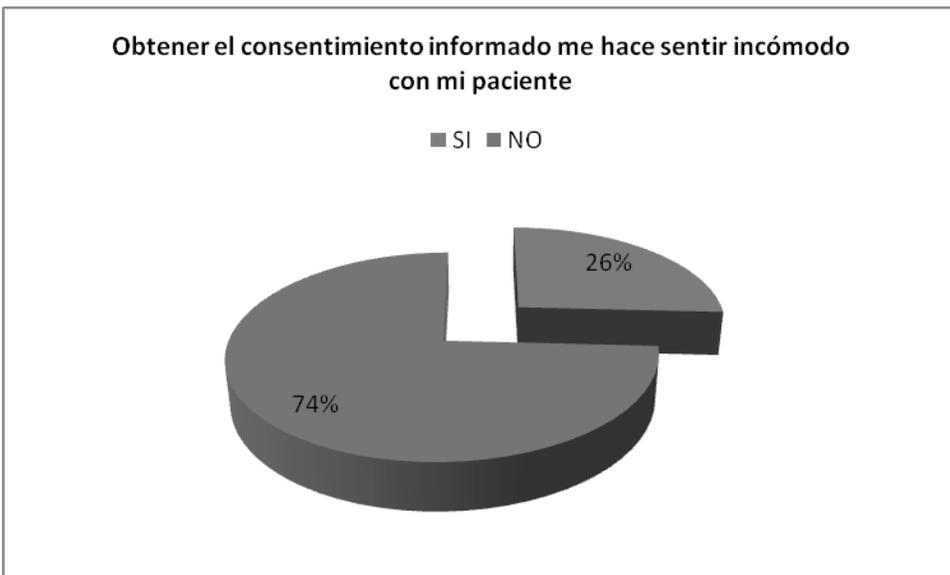


Figura 6.

El 45.2% encuentra difícil redactar y explicar la carta de consentimiento informado.

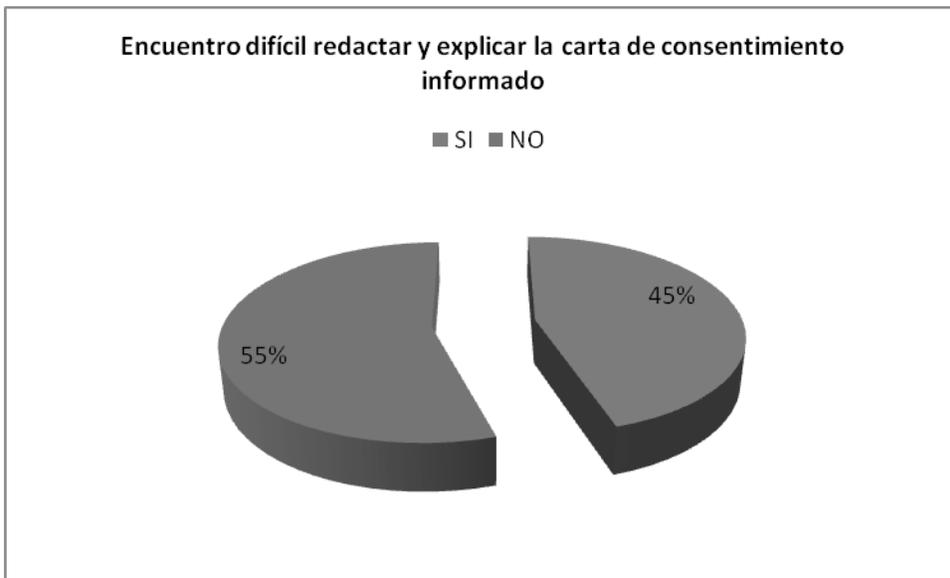


Figura 7

El 64.5% discute el consentimiento informado con sus pacientes.

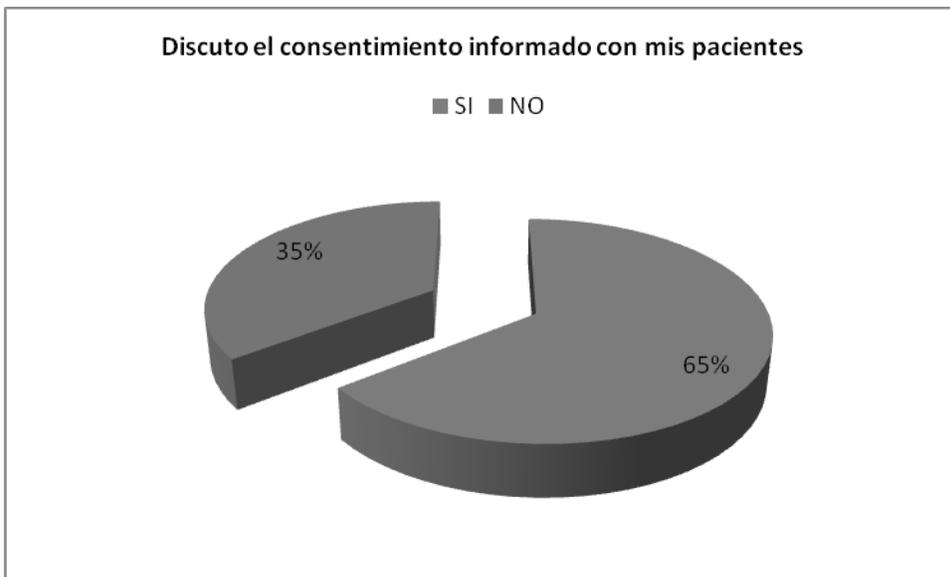


Figura 8.

El 67.7% dan a leer la carta a su paciente antes de firmarla.

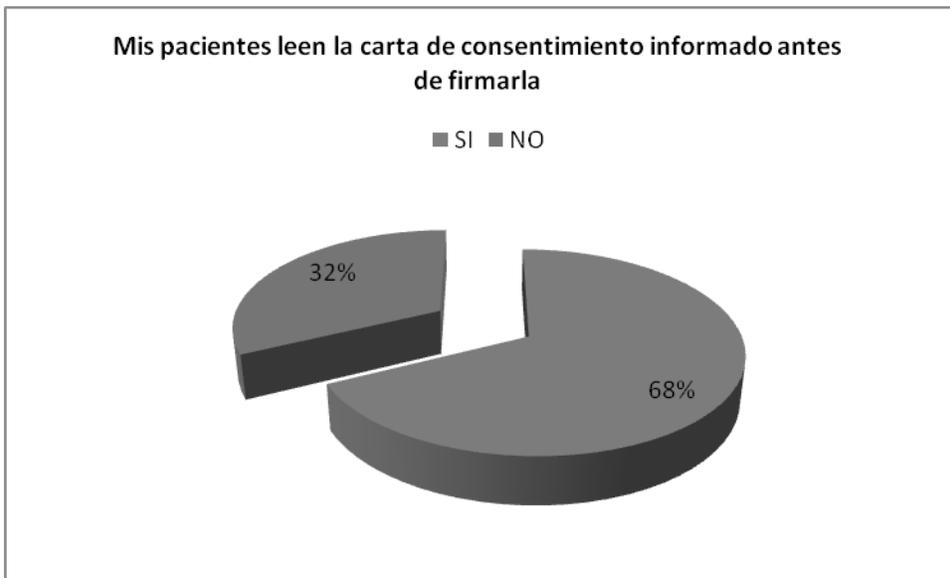


Figura 9.

El 25.8% ha recibido algún curso de cómo obtener el consentimiento.

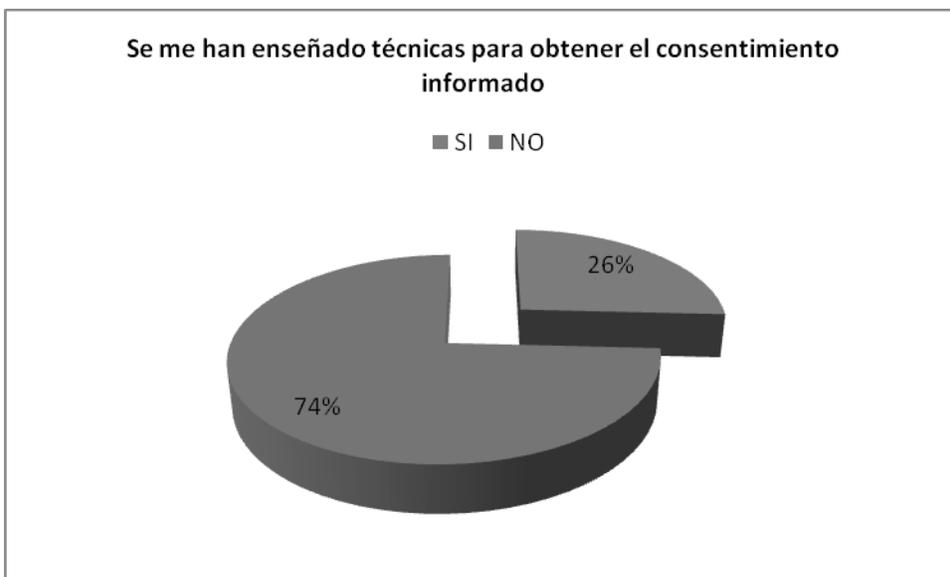


Figura 10.

El 35.5% ha enseñado a otros a obtener el consentimiento informado.

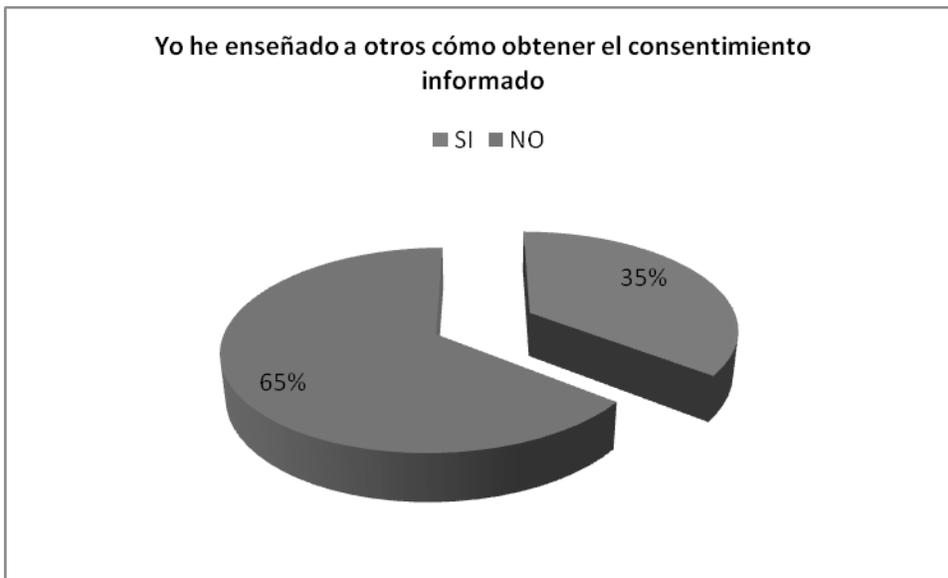


Figura 11.

El 90.3% no cuenta con discusiones formales sobre el consentimiento informado en su lugar de trabajo.



Figura 12.

El 45.2% considera que redactar la carta de consentimiento informado le toma mucho tiempo y el 61.3% considera fácil redactar y explicar la carta de consentimiento informado.

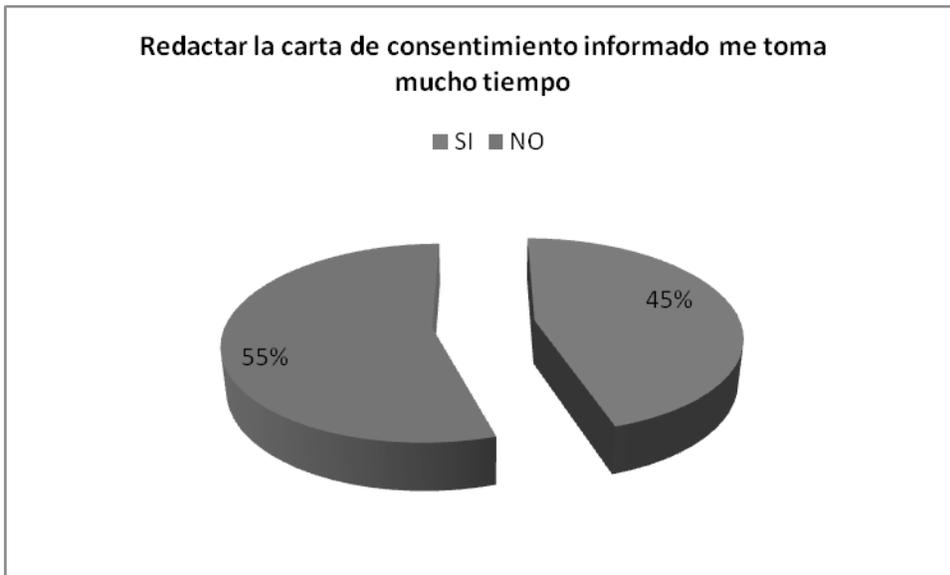


Figura 13.



Figura 14.

El 58.1% considera que los pacientes son incapaces de comprender los métodos aleatorios de asignación.

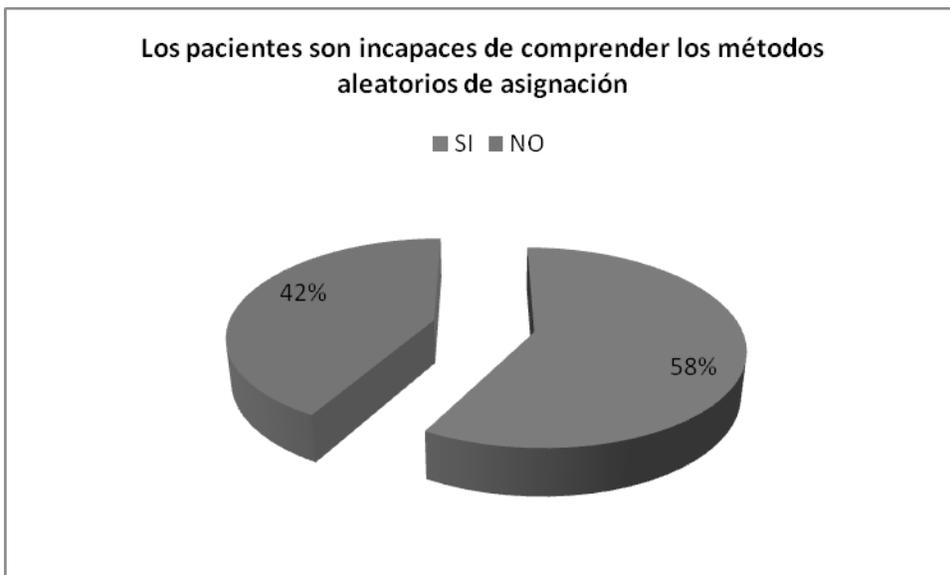


Figura 15.

El 93.5% considera que el consentimiento informado es útil para los pacientes y el 32.3% considera que afecta la conformidad del paciente.



Figura 16

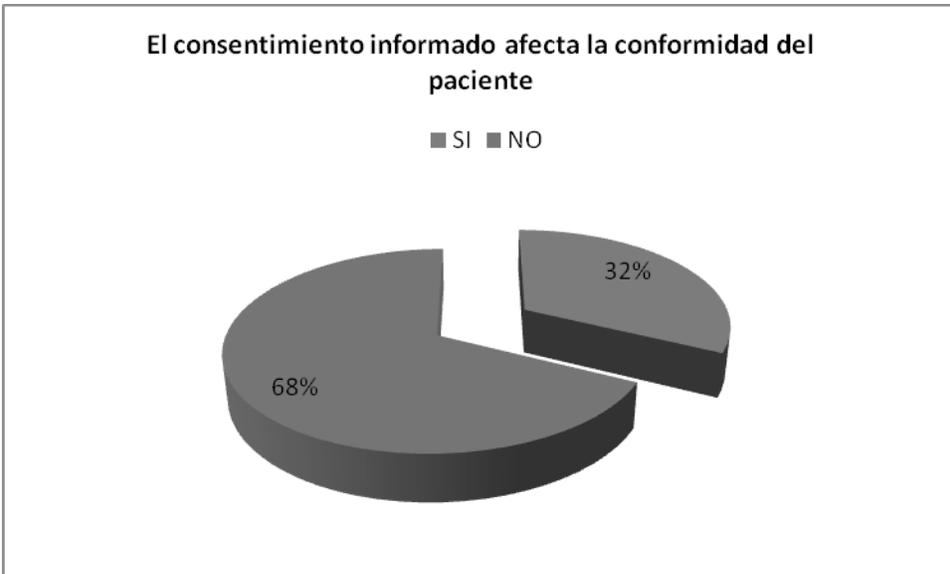


Figura 17.

El 45.2% considera que el consentimiento informado proporciona más información de la necesaria.

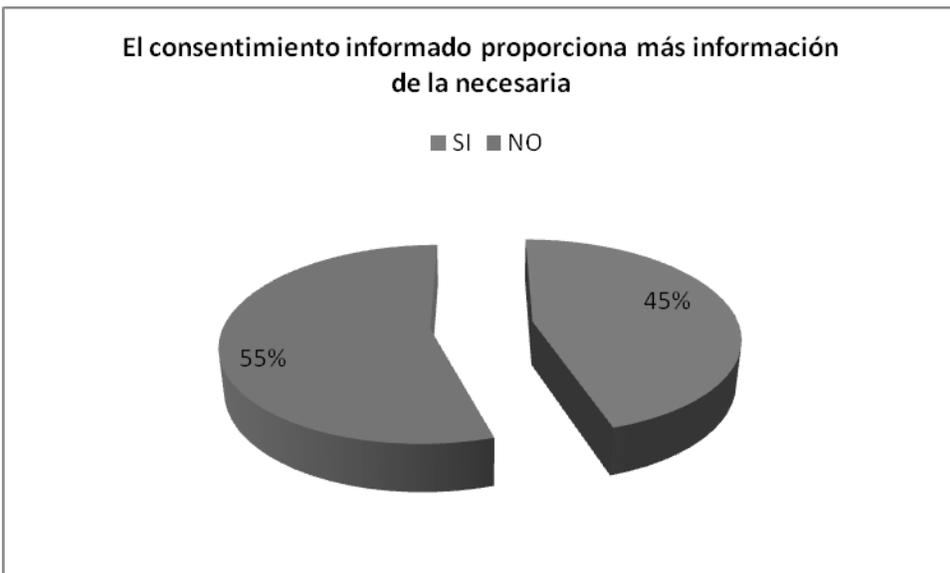


Figura 18.

El 19.4% considera que aumenta la morbilidad y la mortalidad.

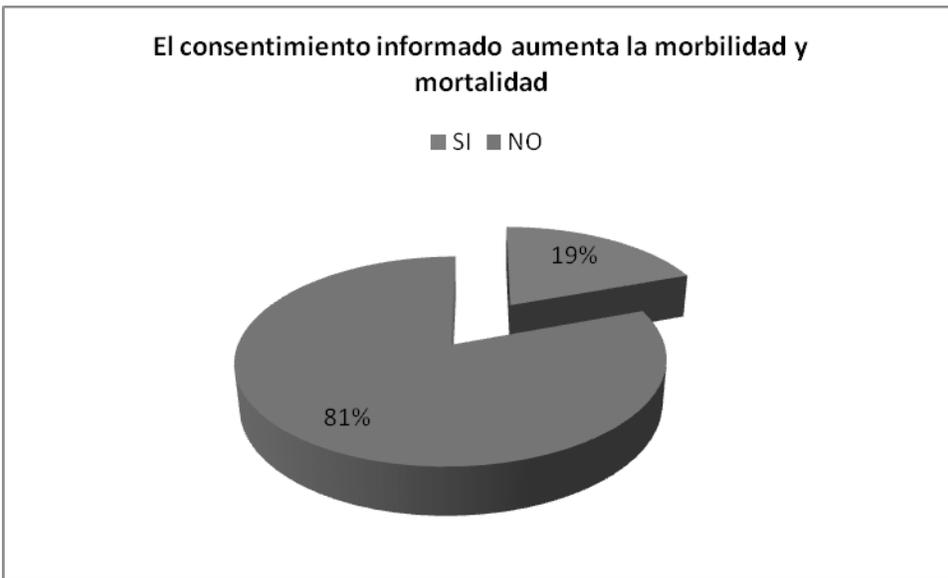


Figura 19.

El 51.6% considera difícil que informar a los pacientes.

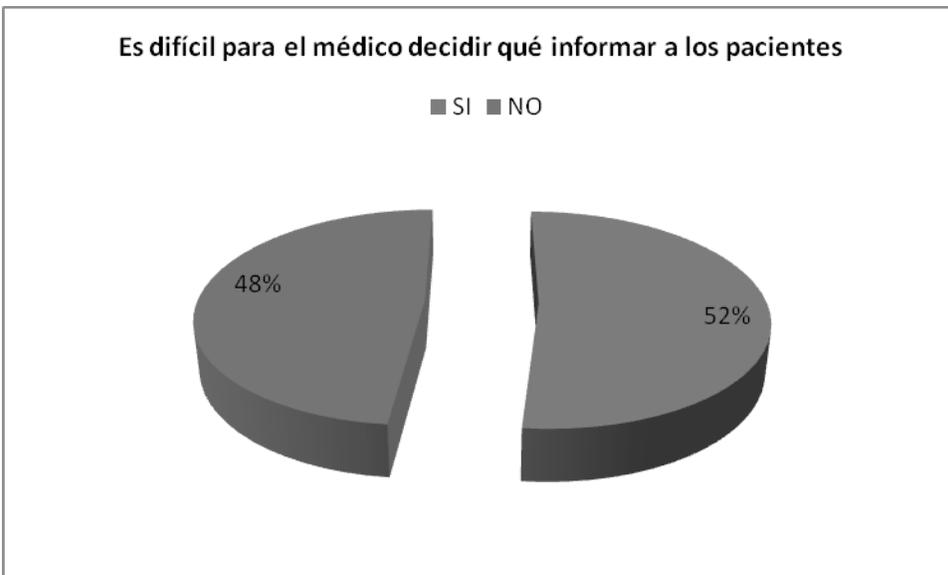


Figura 20.

El 29% se encuentra en desacuerdo con la cantidad de información incluida en las cartas de consentimiento informado.



Figura 21.

El 35.5% considera difícil obtener el consentimiento informado después de explicar los efectos adversos o secundarios y en el 54.8% después de dar al paciente una mala noticia.

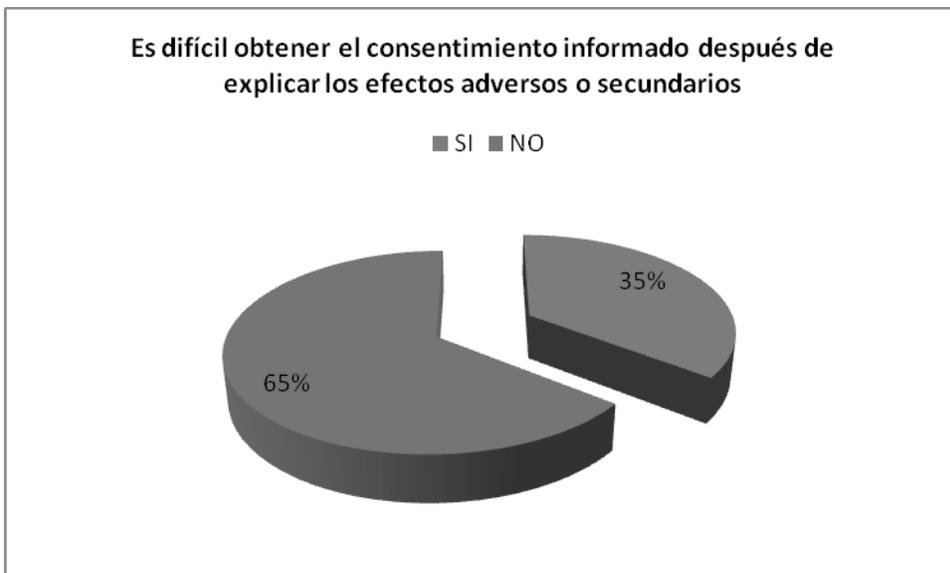


Figura 22.

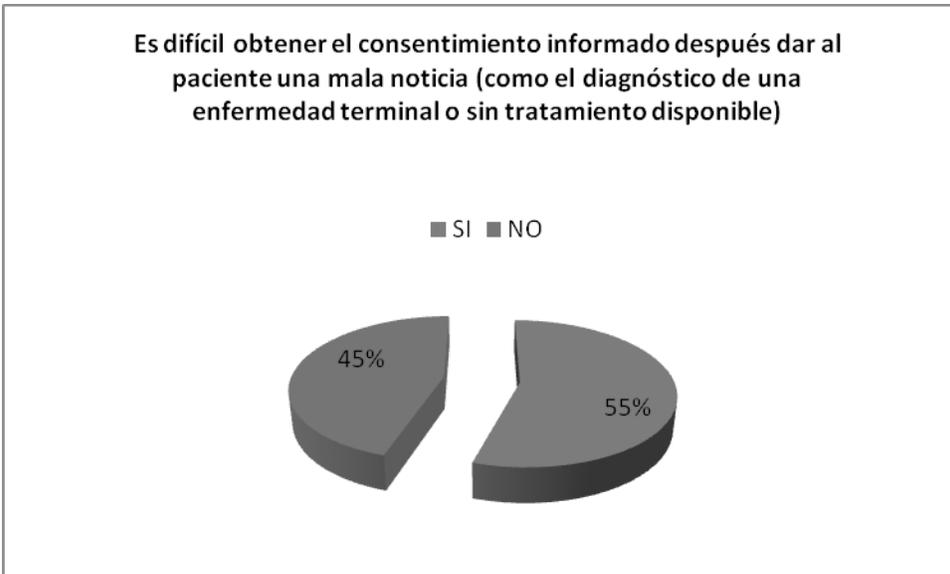


Figura 23.

El 71% considera más fácil obtener el consentimiento informado de forma verbal que escrita.

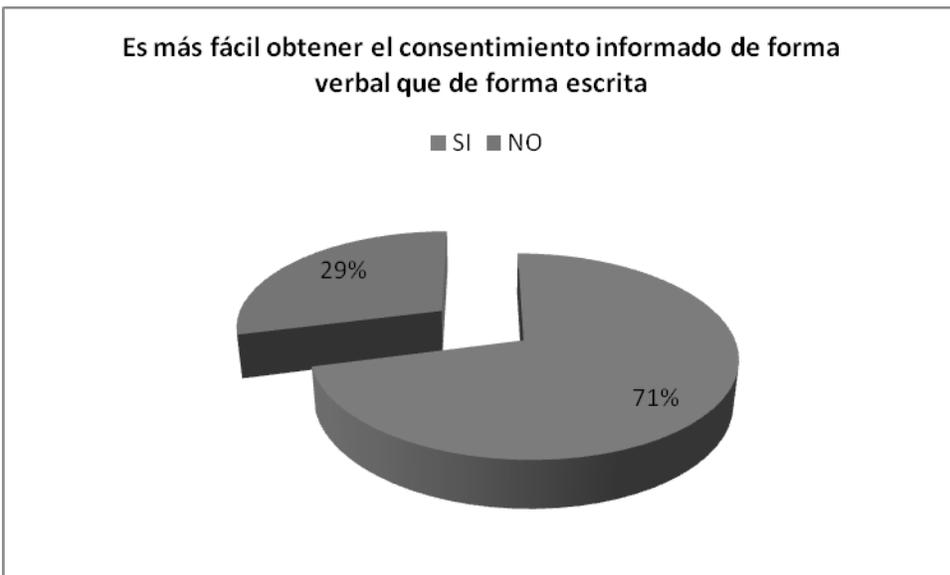


Figura 24.

El 32.3% considera que las cartas de consentimiento informado son muy rígidas para ser útiles.

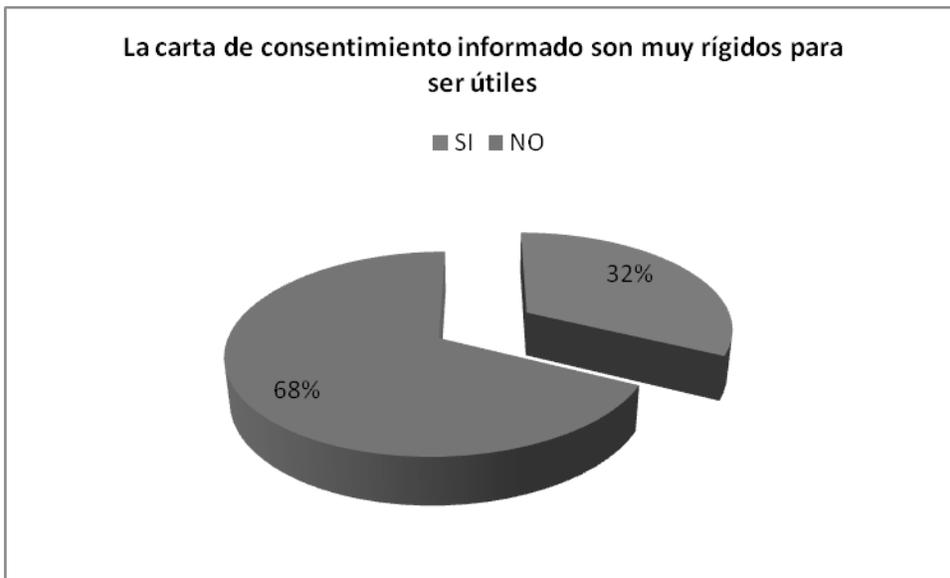


Figura 25.

El 58.1% considera que resulta muy complejos para su comprensión por parte del paciente.

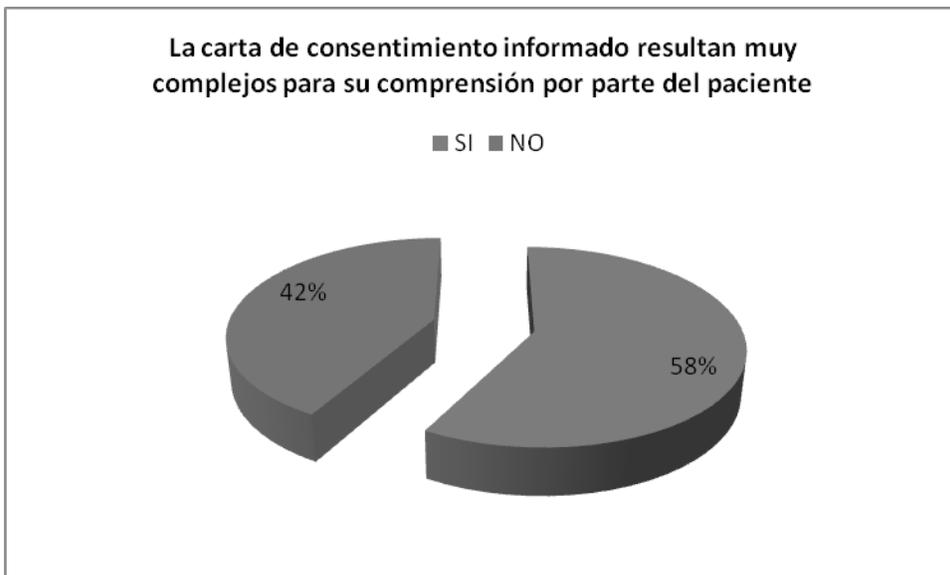


Figura 26.

El 90.3% considera que el consentimiento informado lo obliga a tener conversaciones adicionales con sus pacientes. Y el 58.1% considera que los pacientes que participan en un protocolo clínico obtienen más información que aquellos que no están en un protocolo de investigación.



Figura 27.

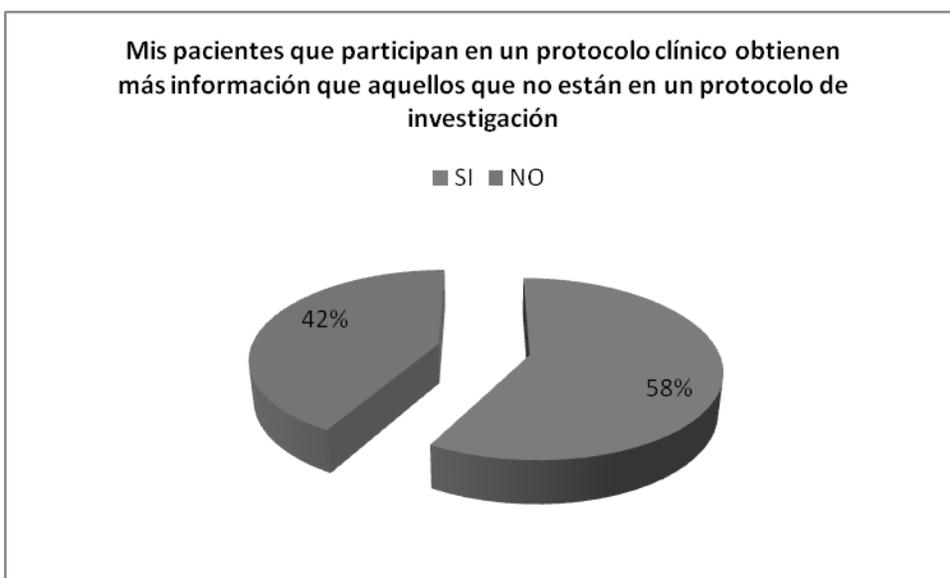


Figura 28.

El 38.7% considera que el consentimiento informado afecta la creencia del paciente de que la principal preocupación del médico es su bienestar.

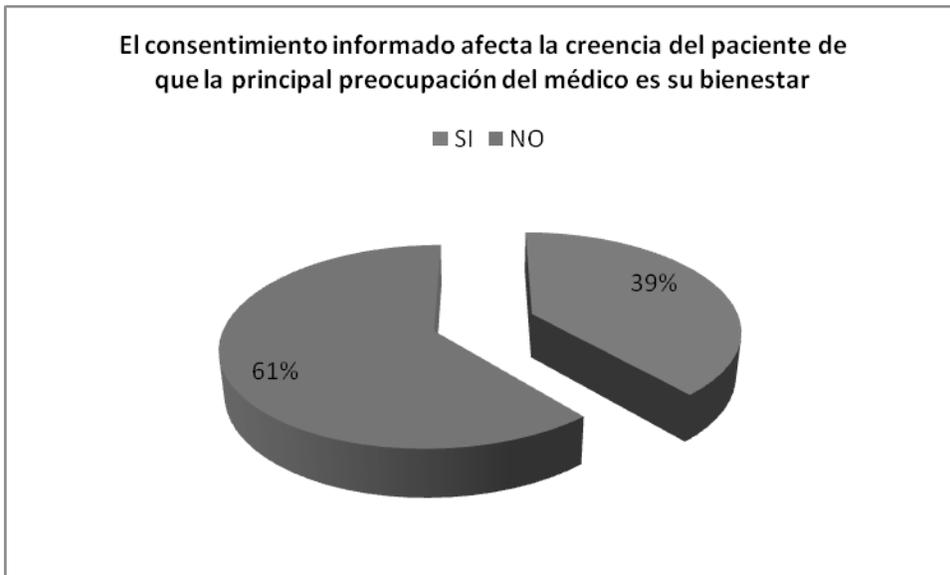


Figura 29.

El 51.6% considera que el consentimiento informado tiene un impacto en la relación con su paciente.

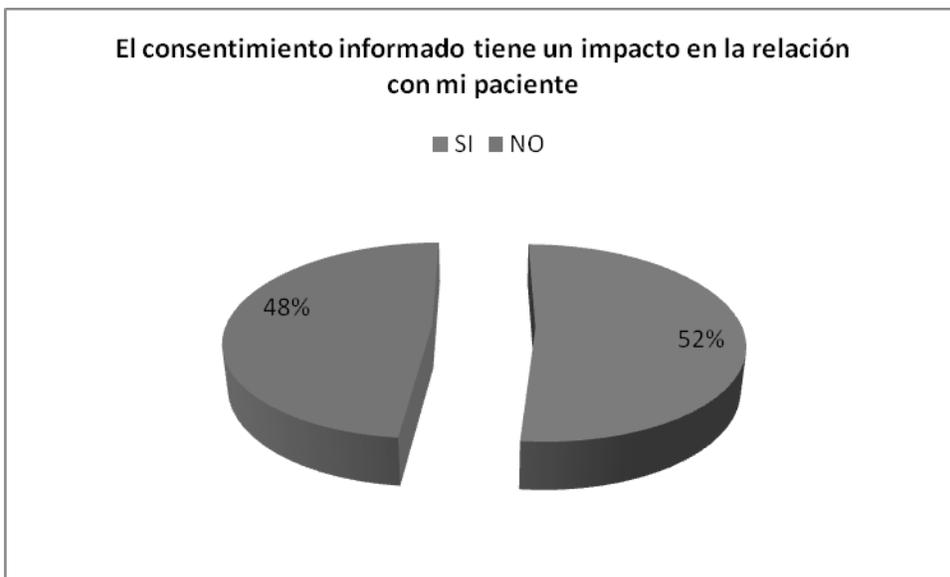


Figura 30.

El 38.7% considera que elimina la necesidad de determinar si el paciente requiere más información.

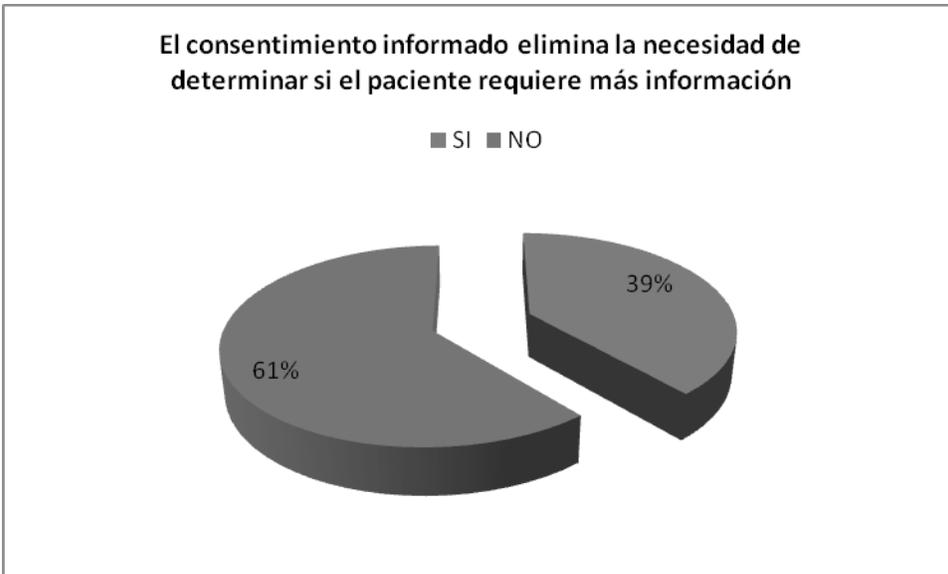


Figura 31.

El 74.2% considera se requiere proporcionar suficiente información sobre el padecimiento para obtener el consentimiento informado.

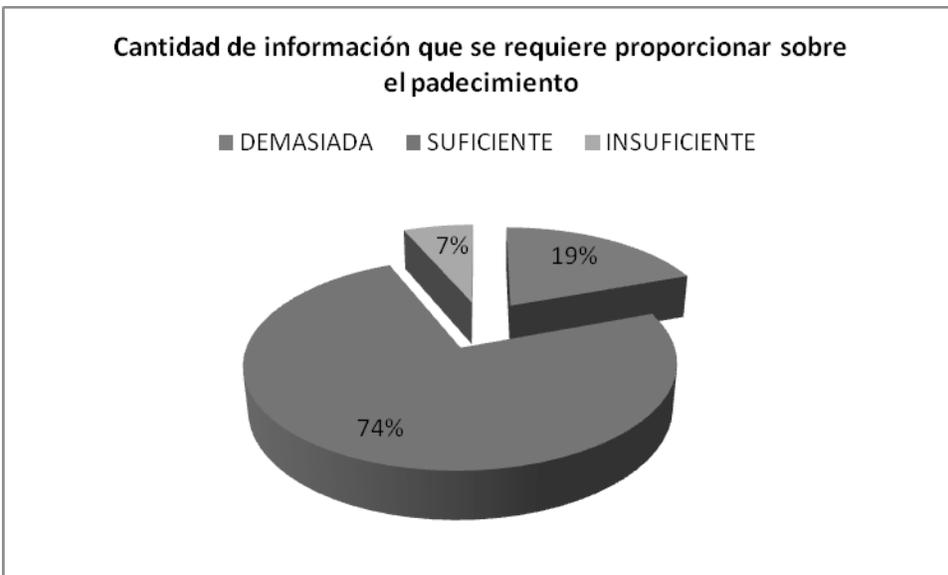


Figura 32.

El 83.9% se requiere suficiente información sobre los procedimientos que se utilizaran para obtener el consentimiento informado.



Figura 33.

El 87.1% considera importante dar suficiente información sobre los beneficios potenciales.



Figura 34.

El 74.2% considera importante dar suficiente información sobre efectos secundarios potenciales.

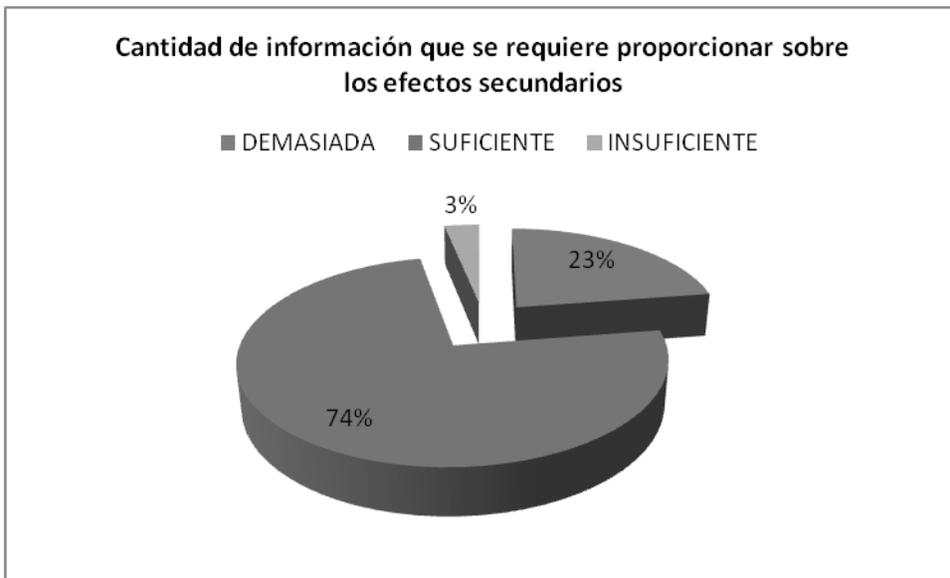


Figura 35.

El 58.1% considera que el paciente siempre comprende la información que se les proporciona, sobre el diagnóstico, tratamiento médico y procedimientos a realizar.

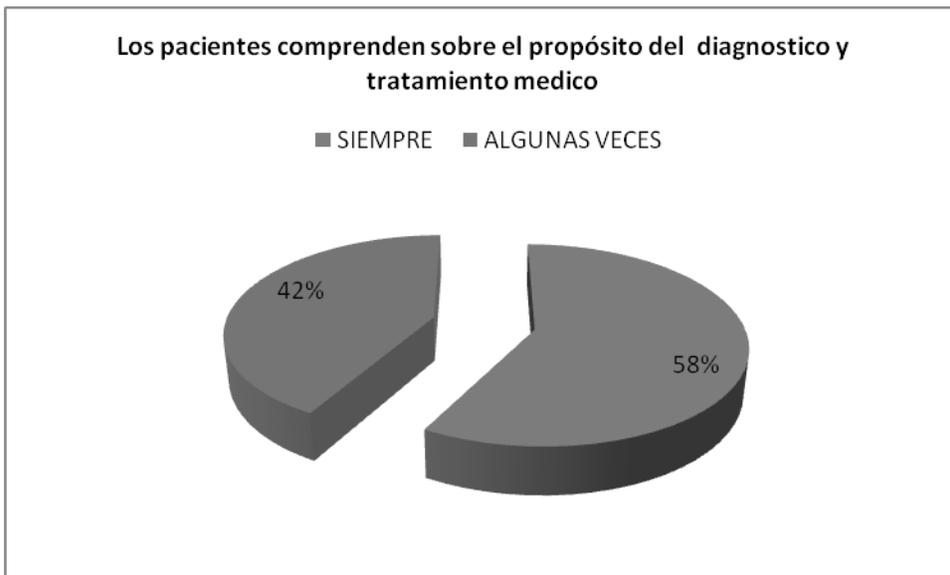


Figura 36.

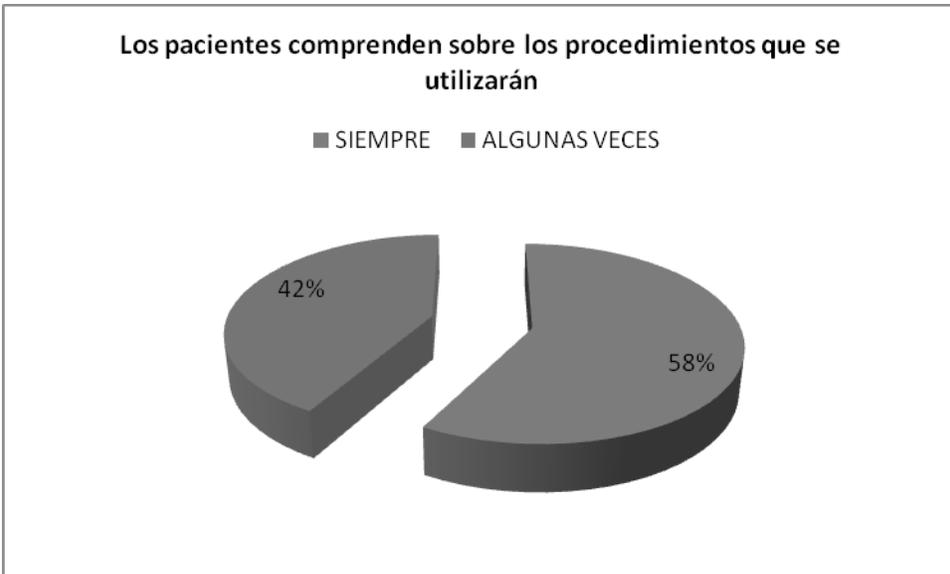


Figura 37.

El 54.8% de los médicos considera que siempre comprende la información sobre los efectos secundarios potenciales.

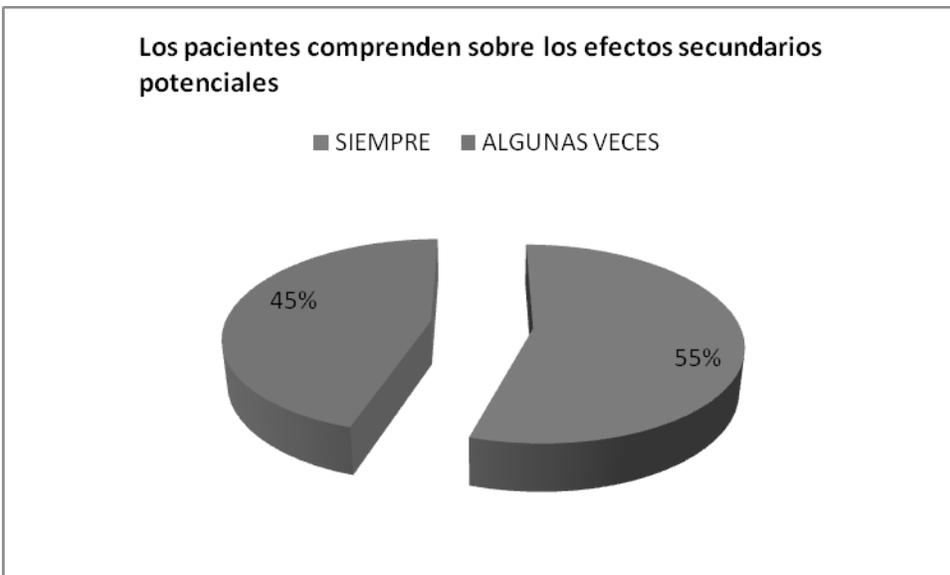


Figura 38.

El 45.2% considera que el paciente siempre comprende sobre el desarrollo de fármacos y el uso de placebos.

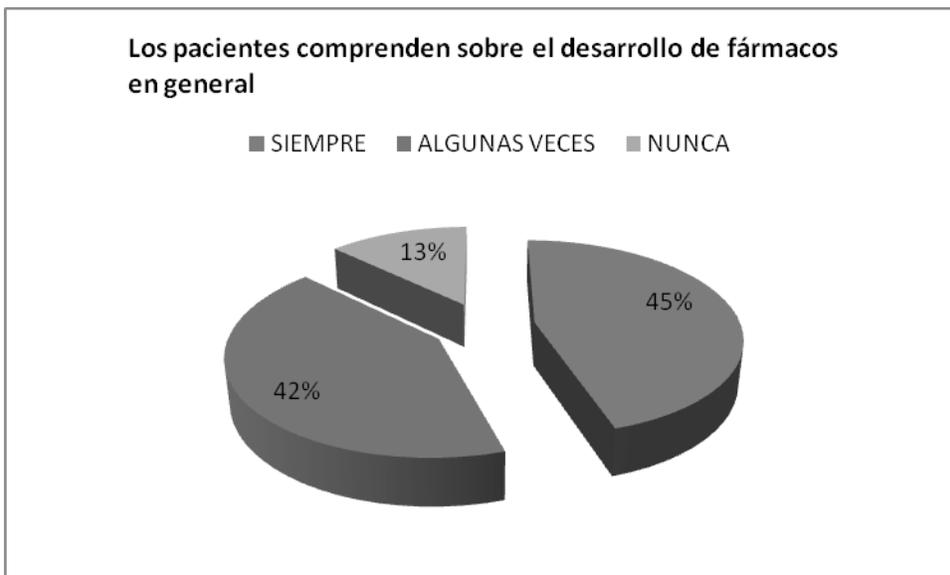


Figura 39.

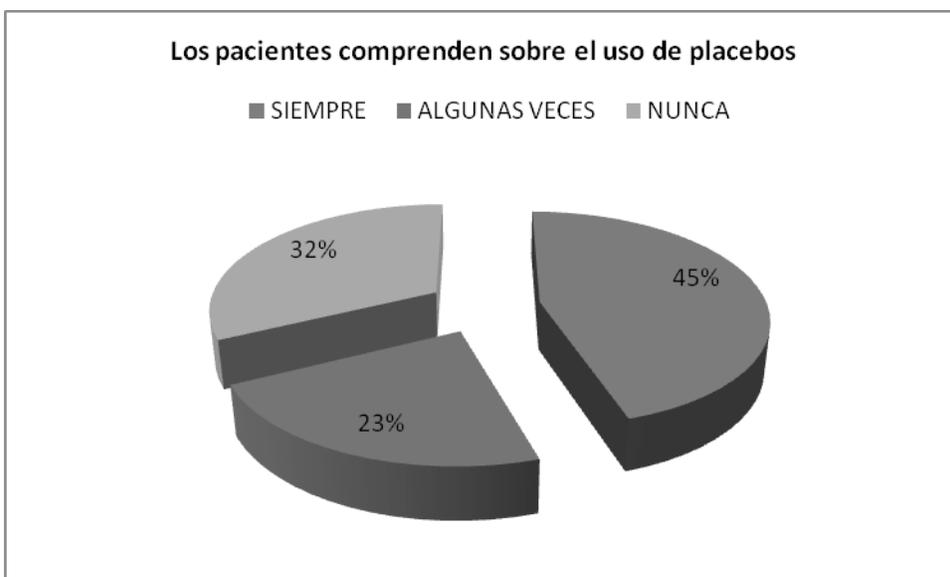


Figura 40.

El 35.5% considera que los pacientes comprenden sobre el significado de "asignación al azar".

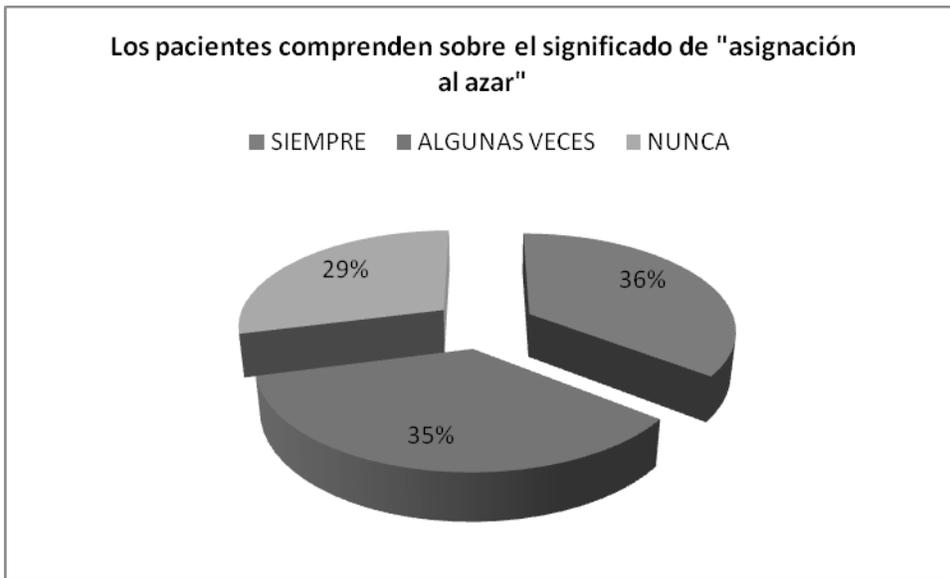


Figura 41.

El 96.8% otorga solo minutos para leer y firmar el consentimiento informado y el 77.4% utiliza el consultorio para leer la carta de consentimiento informado.

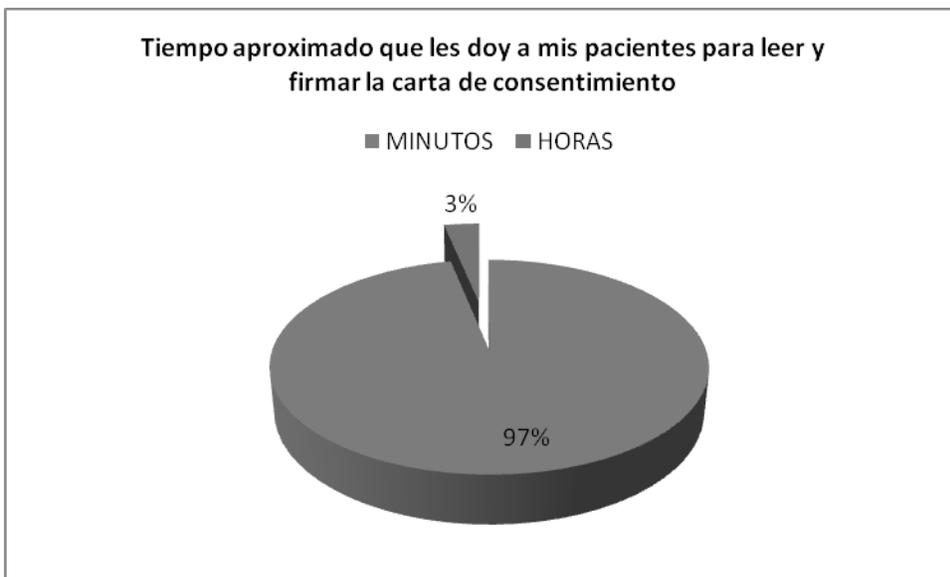


Figura 42.

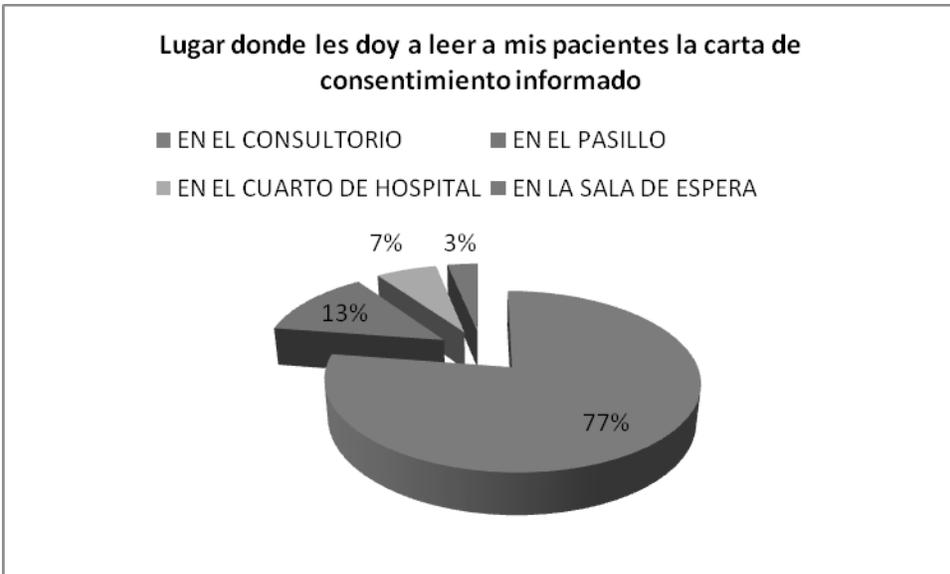


Figura 43.

En cuanto al cumplimiento en forma escrita del consentimiento, se revisaron un total de 528 expedientes, de los cuales el 91% cuenta con la carta, del 9% que no cuenta con ella, el 55.5% recibió atención anestésica en el turno nocturno, el 33.3% en el turno vespertino y el 11.1% en el turno matutino.

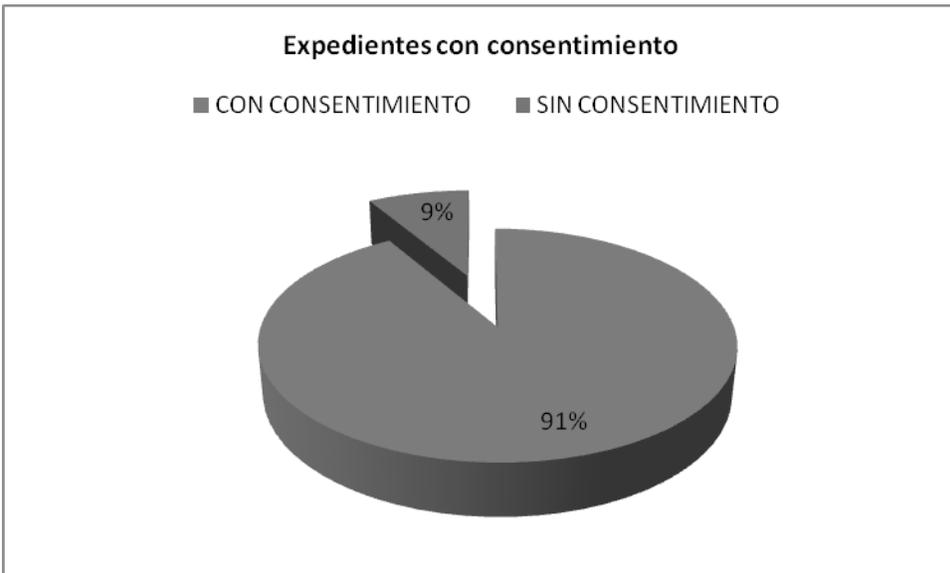


Figura 44.

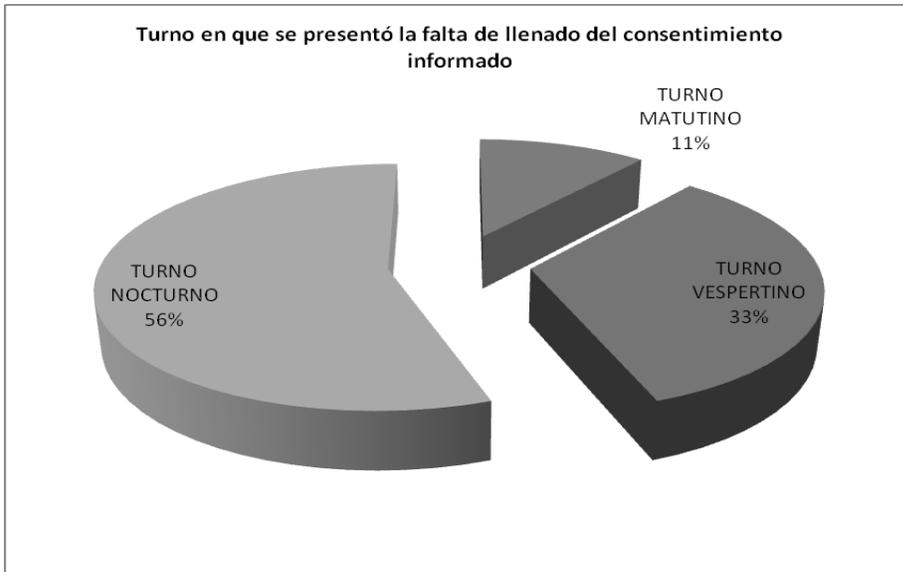


Figura 45.

De los 31 médicos a los cuales se aplicó la encuesta el 36% se encuentra en el rango de 30 a 40 años.

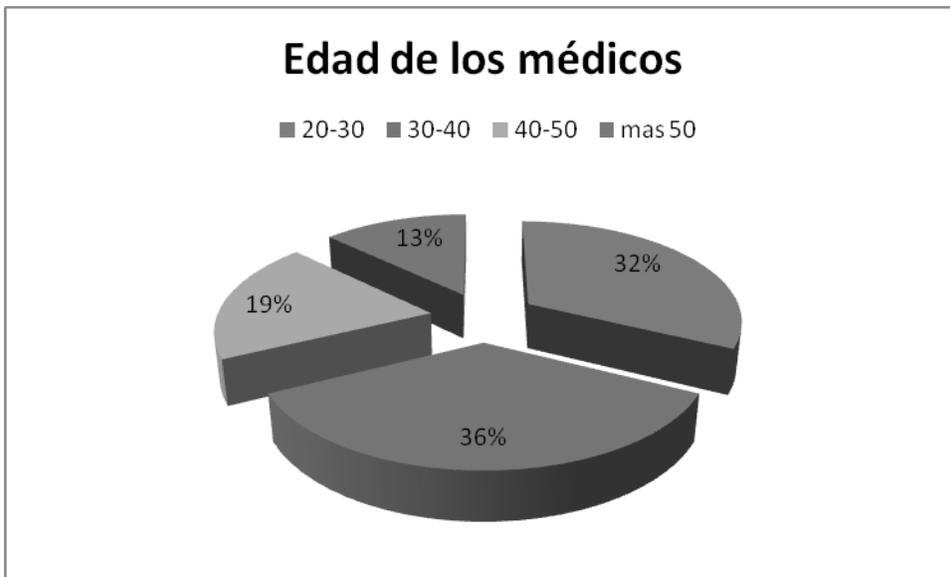


Figura 46.

El 52% es de sexo femenino.

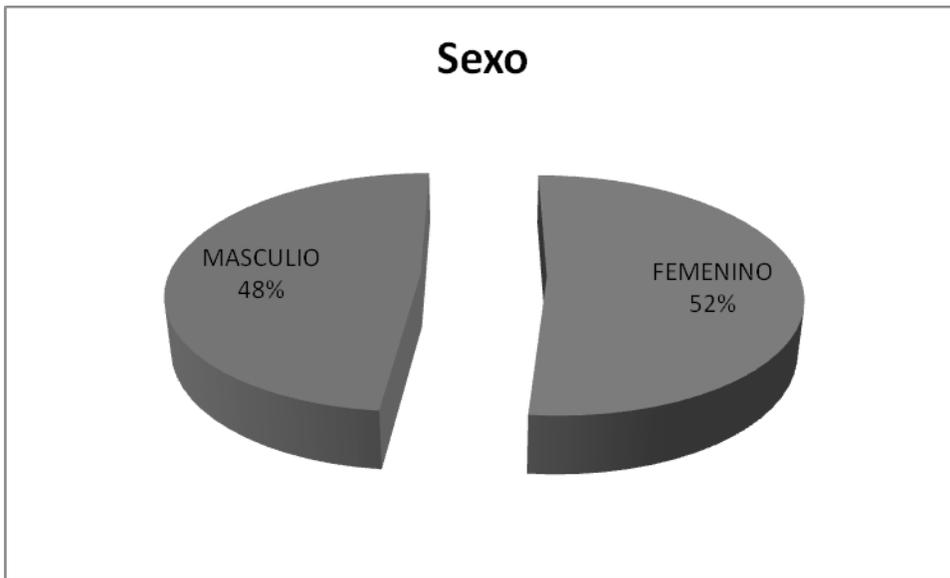


Figura 47.

El 55% proviene de una universidad foránea.

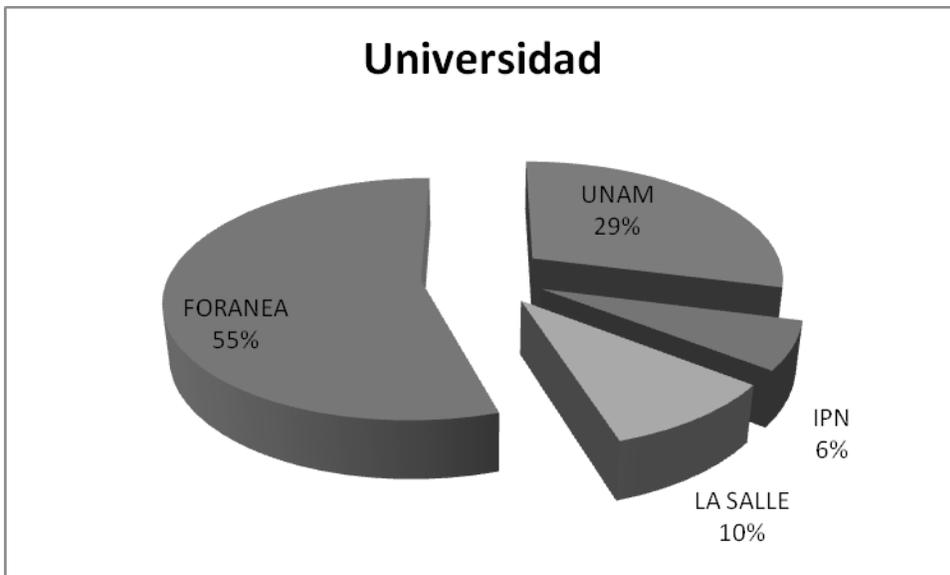


Figura 48.

El 52% es médico adscrito al servicio de anestesiología.

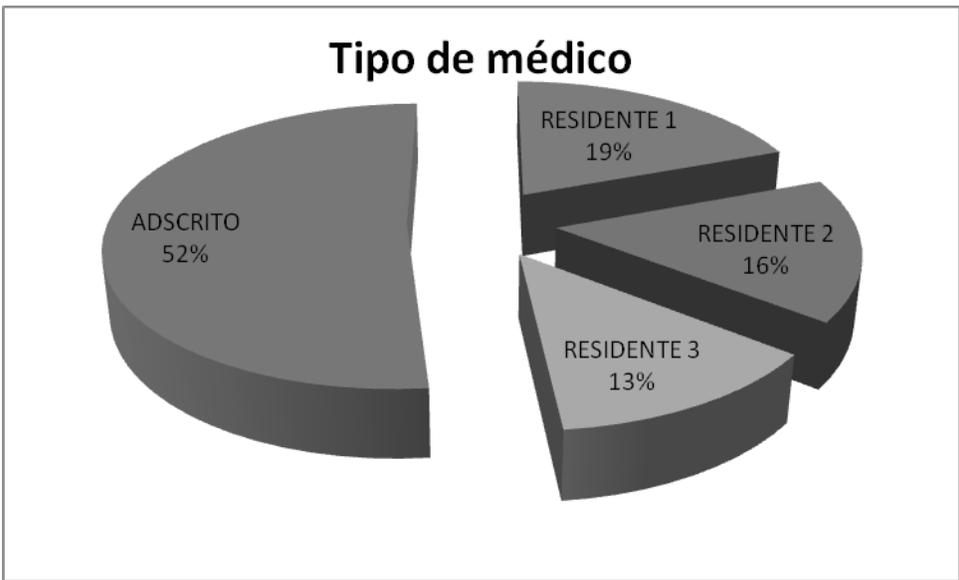


Figura 49.

El 94% realizó la especialidad en la secretaría de salud, de los cuales solo 16.1% cuenta con estudios de subespecialidad.



Figura 50.



Figura 51.

Un médico ha cursado una materia sobre ética médica.

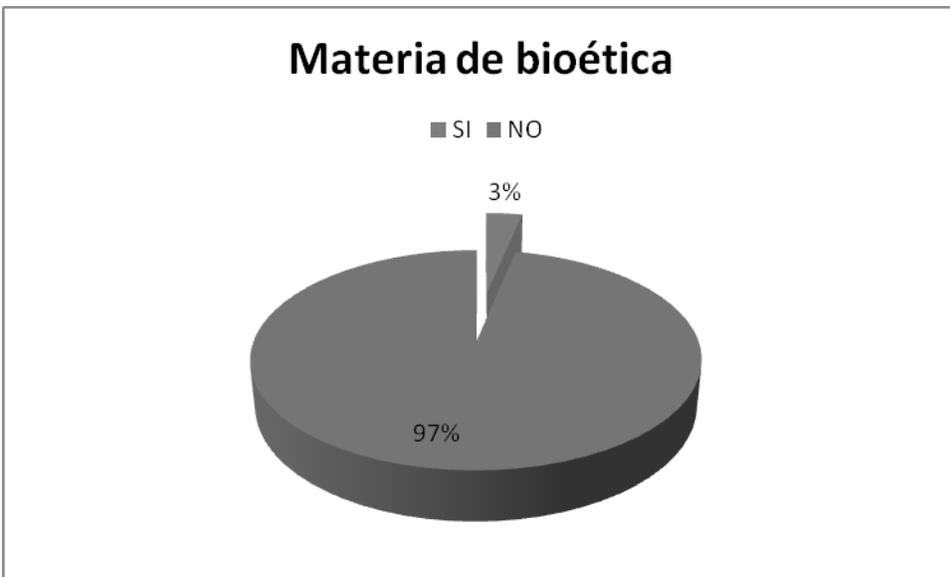


Figura 52.

El 68% ha participado en un protocolo de investigación, de los cuales, el 52% ha participado como investigador responsable.

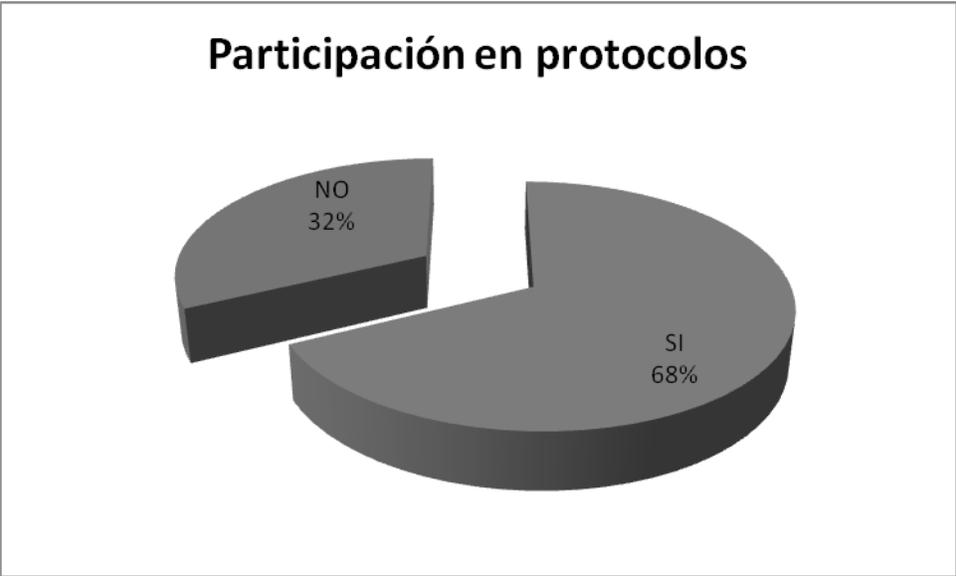


Figura 53.



Figura 54.

8. DISCUSION.

Este estudio se realizó con la finalidad de determinar si los médicos anestesiólogos de la división de anestesiología del Hospital General Manuel Gea González conocen el objetivo del consentimiento informado y lo aplican de forma adecuada a los pacientes, para lo cual, se hizo una encuesta a 31 de ellos y se revisaron un total de 528 expedientes, de los resultados obtenidos, cabe resaltar que el 90% de los médicos conocen el propósito principal del consentimiento informado, el 77% considera que el propósito principal es proteger al médico en caso de existir una controversia legal, sin embargo, el 100% considera que todos los pacientes deben firmar un consentimiento informado. El 65% considera que es el médico tratante quien debe obtener el consentimiento informado y el 61% afirmó delegar esa responsabilidad a algún otro miembro del grupo o clínica. El 26% se siente incómodo al obtener la carta de consentimiento informado y cerca de la mitad de ellos considera difícil redactar y explicar la carta de consentimiento informado (45.2%). Sólo el 65% de ellos discute el consentimiento informado con sus pacientes y son el 67.7% los que dan a leer la carta a su paciente antes de firmarla. Sólo la cuarta parte de ellos ha recibido algún curso sobre cómo obtener el consentimiento y el 35% ha enseñado a otros como obtenerla. El 93.5% considera que el consentimiento informado es útil para los pacientes. Casi la mitad de los médicos considera difícil decidir que informar a los pacientes y sólo el 29% se encuentra en desacuerdo con la cantidad de información incluida. La tercera parte considera difícil obtener el consentimiento informado después de explicar los efectos adversos o secundarios y la mitad lo considera difícil después de dar al paciente una mala noticia. El 58% considera que la carta de consentimiento informado resulta muy compleja para su comprensión por parte del paciente y la mayoría considera que le obliga a tener conversaciones adicionales con sus pacientes. El 74.2% considera se requiere proporcionar suficiente información sobre el padecimiento para obtener el consentimiento informado. El 84% considera se requiere suficiente información sobre los procedimientos que se utilizaran para obtener el consentimiento informado, el 97% otorga solo minutos para leer y firmar el consentimiento informado y el 77.4% utiliza el consultorio para este fin.

En cuanto a la revisión de expedientes clínicos y quirúrgicos solo el 9% de ellos no contaba con la carta de consentimiento informado, y esta falta ocurrió en un 56% en el turno nocturno.

En cuanto a los médicos encuestados el 36% son médicos entre 30 a 40 años de edad, provenientes en la mitad de los casos de universidades foráneas, el 52% anesthesiólogos adscritos y el resto médicos residentes, cuya especialidad la cursaron o cursan en el 94% de los casos en la secretaría de salud, y el 16.1% cuenta con estudios de subespecialidad, de todos solo un médico ha cursado una materia sobre ética médica, y un 68% ha participado en protocolos de investigación de los cuales la mitad como investigador responsable.

9. CONCLUSIONES

Para esta sección hay que enumerar en forma concreta los productos del trabajo de investigación

De todo lo anterior se concluye:

1.- Que la mayoría de los médicos conocen el objetivo principal del consentimiento informado y están conscientes que todo paciente sometido a un procedimiento anestésico requiere un consentimiento informado, sin embargo encuentran difícil redactar una carta de consentimiento y creen que después de informar al paciente sobre su padecimiento, el procedimiento a realizar, los efectos adversos secundarios o dar una mala noticia es difícil obtener el consentimiento informado por parte del paciente.

2.- La mayor parte de los médicos considera que se requiere proporcionar información suficiente sobre el padecimiento, el procedimiento anestésico, los beneficios y efectos secundarios potenciales para obtener el consentimiento informado, sin embargo solo la mitad de ellos considera que el paciente comprende la información que se les proporciona.

3.- Debido a que en este hospital se cuenta con un consultorio de valoración pre anestésico, en más de la tercera parte de los casos es donde se lleva a cabo el consentimiento informado y un 97% de los médicos otorga solo minutos para leer y firmar la carta.

4.- De los 528 expedientes revisados, solo el 9% no cuenta con una carta de consentimiento informado, existiendo dicha falta en el turno nocturno en el 56%.

5.- En cuanto a los médicos, la mayor parte se encuentra entre 30 a 40 años, en su mayoría son médicos adscritos, mujeres, provenientes de universidades foráneas, con especialidad en la secretaría de salud. De todos solo uno ha cursado una materia sobre ética médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. La tercera parte ha tomado parte en un protocolo de investigación, la mayor parte de las veces como investigador responsable.

6.- El formato que se utiliza en este servicio de anestesiología no especifica la técnica anestésica a utilizar.

10. PERSPECTIVAS

Si bien el consentimiento informado es indispensable en la práctica médica anestésica, en muchas ocasiones no se lleva a cabo, debido quizá a la falta de tiempo. Por otro lado, en este servicio solo se cuenta con un formato de consentimiento informado, que no especifica el tipo de anestesia al que será sometido el paciente, lo que contrasta con otras instituciones donde existe un formato para cada tipo de anestesia, por lo tanto se propone en primer lugar realizar nuevos formatos para el consentimiento informado y por otro lado hacer seguimiento a los pacientes, por parte de trabajo social, para corroborar que realmente haya existido la información adecuada y el consentimiento para el procedimiento anestésico.

11. BIBLIOGRAFIA

1. R. D. Miller. Anesthesia. 5th ed. Cap. 89.
2. Waisel David B. Informed Consent. Anesthesiology Vol. 87 (4) October 1997.
3. Agrati R. Jornada sobre ética y anestesia. Departamento y cátedra de Anestesiología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Uruguay 2001.
4. Hernandez Quintana MC. El consentimiento informado en anestesiología. Aspectos Bioéticos. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación 2004;3(1) 22-23.
5. Shuster E (1997) Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. N Eng J Med 337:1436-1440.
6. Ivy AC (1949) Nazi war crimes of a medical nature. JAMA 139:131-135.
7. Helsinki Declaration 2000. Bull Med Ethics 162:8-11. Ver www.wma.net para la versión en francés y español.
8. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México 2001.
9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, México 2001.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Código de Ética. México 2002.
11. Código de Ética. Academia Mexicana de Cirugía. México. 2002.
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ginebra. 1949.
13. Declaración de Helsinki. Asamblea médica Mundial. Helsinki 1964. Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996 y Edimburgo 2000.
14. Norma Oficial Mexicana 168 SSA1 del Expediente Clínico; Dirección General de Regulación de Servicios de Salud. Secretaría de Salud. México 1998.
15. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código de Bioética para el Personal de Salud. Documento de Trabajo. México 2002.
16. Beecher HK (2001). Ethics and clinical research. Bull World Health Organ 79:367-372

17. Human DA (1999) A debate on international research ethics: the role of the World Medical Association. *Good Clin Pract J* 45:87-88 Lansang MA and Crawley FP (2000) The ethics of international biomedical research. *BMJ* 321:777-778
18. Council for International Organizations of Medical Sciences (1993). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving human subjects*. Geneva: The Council.
19. WHO (1995). *Guidelines for Good Clinical Practice for Trials on Pharmaceutical Products*. In: WHO Technical Report Series, No. 850 Geneva WHO p. 97-137
20. Pan American Health Organization PAHO (2000). *Ethical Guidelines for Research Involving Human Subjects*. Washington DC, PAHO.
21. National Bioethics Advisory Commission (2001). *Ethical and policy issues in international research: clinical trials in developing countries*. Bethesda, MD. The Commission.
22. Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*, 26 de mayo de 2000.

12. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE CAPTURA DE DATOS

PARAMETRO	1	2	3	4	5	6	7	8
EDAD								
SEXO								
LUGAR DONDE OBTUVO EL TITULO								
TIENE ESPECIALIDAD								
ESPECIALIDAD								
CURSO DE ETICA MEDICA								
PARTICIPACION EN INVESTIGACION CLINICA								
PERCEPCION PERSONAL DEL C.I.								
EFFECTO DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO EN LA AUTONOMIA DEL MEDICO								
CANTIDAD DE INFORMACION QUE REQUIERE PROPORCIONAR								
COMPRESION DEL LOS PACIENTES								
PERCEPCION SOBRE LA CANTIDAD DE INFORMACION QUE SE REQUIERE PARA DAR UN C.I.								
CALIDAD DE LA INFORMACION PROPORCIONADA								
CANTIDAD DE EXPEDIENTES COMPLETOS								

ANEXO 2. Encuesta de opinión para los médicos

Preguntas abiertas. <i>Explique con sus propias palabras:</i>
Percepción personal de la utilidad del consentimiento informado.
1. ¿Cuál considera que es el principal propósito del consentimiento informado?
2. ¿Considera Ud. que el obtener el consentimiento informado afecta la relación con su paciente?
3. ¿Considera que obtener el consentimiento informado afecta otros aspectos de su práctica médica?
4. ¿Quién considera Ud. debe encargarse de obtener el consentimiento informado?
5. ¿Cuáles son los principales problemas que encuentra al solicitar el consentimiento informado?
6. ¿Qué medidas pueden ayudar a facilitar la obtención del consentimiento informado?
7. ¿Considera que sus pacientes comprenden la información proporcionada en la carta de consentimiento informado?
Preguntas cerradas. <i>Escoja la respuesta que mejor exprese lo que usted piensa:</i>
Percepción personal de la utilidad del consentimiento informado.
1. El propósito principal del consentimiento informado es proveer información a los pacientes para que puedan decidir de manera informada sobre su participación en la atención medica a) Si b) No
2. El propósito principal del consentimiento informado es proteger al médico en caso de existir una controversia legal. a) Si b) No
3. Todos los pacientes que participan en una atención médica deben firmar un consentimiento informado. a) Si b) No
4. El médico principal debe ser el único responsable de obtener el consentimiento informado a) Si b) No
5. Obtener el consentimiento informado me hace sentir incómodo con mi paciente a) Si b) No
6. Le doy la responsabilidad de obtener el consentimiento informado a otros miembros de mi grupo o clínica a) Si b) No
7. Encuentro difícil redactar y explicar la carta de consentimiento informado a) Si b) No
8. Discuto el consentimiento informado con mis pacientes a) Si b) No
9. Mis pacientes leen la carta de consentimiento informado antes de firmarla a) Si b) No
10. Yo soy personalmente responsable de obtener el consentimiento informado a) Si b) No
11. Se me han enseñado técnicas para obtener el consentimiento informado a) Si b) No
12. Yo he enseñado a otros cómo obtener el consentimiento informado

a) Si b) No
13. Tenemos discusiones formales sobre el consentimiento informado en mi lugar de trabajo a) Si b) No
14. Redactar la carta de consentimiento informado me toma mucho tiempo a) Si b) No
15. Encuentro fácil redactar y explicar la carta de consentimiento informado a) Si b) No
16. Los pacientes son incapaces de comprender los métodos aleatorios de asignación a) Si b) No
Factores relacionados con la autonomía del investigador
17. El consentimiento informado es útil para los pacientes a) Si b) No
18. El consentimiento informado afecta la conformidad del paciente a) Si b) No
19. El consentimiento informado proporciona más información de la necesaria a) Si b) No
20. El consentimiento informado aumenta la morbilidad y mortalidad a) Si b) No
21. Es difícil para el médico decidir qué informar a los pacientes a) Si b) No
22. Estoy en desacuerdo con la cantidad de información incluida en las cartas de consentimiento a) Si b) No
23. Es difícil obtener el consentimiento informado después de explicar los efectos adversos o secundarios a) Si b) No
24. Es difícil obtener el consentimiento informado después dar al paciente una mala noticia (como el diagnóstico de una enfermedad terminal o sin tratamiento disponible) a) Si b) No
25. Es más fácil obtener el consentimiento informado de forma verbal que de forma escrita a) Si b) No
26. La carta de consentimiento informado son muy rígidos para ser útiles a) Si b) No c)
27. La carta de consentimiento informado resultan muy complejos para su comprensión por parte del

paciente a) Si b) No
Temas relacionados con la relación médico-paciente
28. El consentimiento informado me obliga a tener conversaciones adicionales con mis pacientes a) Si b) No
29. Mis pacientes que participan en un protocolo clínico obtienen más información que aquellos que no están en un protocolo de investigación a) Si b) No
30. El consentimiento informado afecta la creencia del paciente de que la principal preocupación del médico es su bienestar a) Si b) No
31. El consentimiento informado tiene un impacto en la relación con mi paciente a) Si b) No
32. El consentimiento informado elimina la necesidad de determinar si el paciente requiere más información a) Si b) No
Cuál opción se acerca más a su opinión sobre la cantidad de información que se requiere proporcionar para obtener el consentimiento informado.
33. Sobre el padecimiento a) Demasiada b) Suficiente c) Insuficiente d) No se proporciona
34. Sobre los procedimientos que se utilizarán a) Demasiada b) Suficiente c) Insuficiente d) No se proporciona
35. Sobre los beneficios potenciales a) Demasiada b) Suficiente c) Insuficiente d) No se proporciona
36. Sobre los efectos secundarios potenciales a) Demasiada b) Suficiente c) Insuficiente d) No se proporciona
<i>Percepción de los médicos sobre la comprensión por parte de los pacientes, de la información que se les proporciona</i> Mis pacientes comprenden la información que les proporciono:
37. Sobre el propósito del diagnóstico y tratamiento médico a) Siempre b) Algunas veces

c) Nunca
38. Sobre los procedimientos que se utilizarán a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
39. Sobre los efectos secundarios potenciales a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
40. Sobre el desarrollo de fármacos en general a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
41. Sobre el uso de placebos a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
42. Sobre el significado de "asignación al azar (métodos aleatorios)" a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
Adecuación
43. Tiempo aproximado que les doy a mis pacientes para leer y firmar la carta de consentimiento a) Minutos b) Horas c) Días d) Semanas
44. Lugar donde les doy a leer a mis pacientes la carta de consentimiento informado a) En el consultorio b) En el pasillo de espera c) En el cuarto de hospital (si está hospitalizado) d) En la sala de espera e) Otro _____

ANEXO 3.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Carta de consentimiento informado

Nombre del Proyecto: El consentimiento informado en la atención médica en Anestesiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA México.

Invitación a participar: Yo _____ acepto participar en este estudio donde participaran todos los médicos anestesiólogos adscritos y residentes que hayan presentado expedientes clínicos de atención médica que requieren de cartas de consentimiento del 1 de Julio de 2008 al 1 de Agosto de 2008.

Propósito: El objetivo del estudio es conocer la situación actual del consentimiento informado en la atención médica del servicio de Anestesiología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, identificando los factores que puedan afectar su adecuada implementación.

Procedimientos: En caso de que decida participar en este estudio, se concertará una entrevista durante la cual se me aplicará un cuestionario que permita elaborar un diagnóstico de mi percepción individual y personal, sobre los requerimientos éticos y de los problemas encontrados con el requerimiento del consentimiento informado.

Beneficios: Entiendo que mi participación en este estudio es importante para evaluar por un lado cómo los médicos clínicos percibimos el consentimiento informado y los problemas o defectos que le encontramos, así como para evaluar la calidad de la comunicación y de la información medida como la comprensión de la información, la capacidad de tomar decisiones y la libertad para tomar las decisiones, por parte del paciente. Con mi participación en este estudio, se obtendrá información nueva respecto a este requerimiento ético del acto médico en México, lo cual podrá ayudar en un futuro no solo a mejorar y facilitar el procedimiento de obtención del consentimiento informado, sino también a asegurar que los derechos fundamentales de los pacientes se cumplen cabalmente. Por todo lo anterior, soy yo, de esta forma, parte imprescindible del avance en el conocimiento de ética médica de nuestro país.

Compensaciones: Entiendo que no existe ninguna compensación o remuneración económica o de otro tipo por mi participación en este estudio.

Confidencialidad: Entiendo que toda la información que sea obtenida tanto de mi archivo de expedientes clínicos como de la aplicación de los cuestionarios será mantenida en estricta confidencialidad y que si cualquier publicación resultara de esta investigación, no se me identificará jamás con mi nombre.

Renuncia/retiro: Estoy de acuerdo en que mi participación en el estudio es totalmente voluntaria y que puedo decidir no participar o retirarme del estudio en cualquier momento si así lo decido sin que esto represente ningún prejuicio para mi posición laboral y hospitalaria ni presente ni futura.

Derechos del participante: De acuerdo con los artículos 57 y 58 de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, como trabajador y/o empleado del Hospital General Dr. Manuel Gea González, donde se lleva a cabo esta investigación, tengo el derecho de que durante la realización de dicha investigación esté presente en la Comisión de Ética, uno o más representantes investigadores capaces de representar los valores morales, culturales y sociales, vigilando que:

- I. Si me niego a participar, esto no afectará mi situación laboral.
- II. Que los resultados de esta investigación no serán utilizados en perjuicio de los participantes
- III. Que la institución se responsabilizará y en su caso me indemnizará por las consecuencias de la investigación.

Acuerdo: He leído y entiendo completamente esta forma de consentimiento. Estoy consciente de que puedo renunciar a participar en esta investigación o revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte mi situación laboral y se me ha explicado que los resultados que se obtengan de este estudio no serán utilizados en perjuicio de mi persona, de mi protocolo clínico o de mis colaboradores. Por todo lo anterior, acepto voluntaria y libremente participar en este protocolo de investigación al firmar en el espacio provisto a continuación:

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR
PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
DEL PROYECTO

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que la Dirección e Investigación o Los Comités de Ética y de Investigación podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario, así como que este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Alfonso Galván Montaña, presidente de las Comisiones de Ética y de Investigación al (01 55) 5666-6021

ANEXO 4.- TABLAS DE RESULTADOS DEL PROGRAMA SPSS 13.0

PREGUNTA 1		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	28	90.32258065
NO	3	9.677419355
TOTAL	31	100

PREGUNTA 2		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	77.41935484
NO	7	22.58064516
TOTAL	31	100

PREGUNTA 3		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	31	100

PREGUNTA 4		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	35.48387097
NO	20	64.51612903
TOTAL	31	100

PREGUNTA 5		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	25.80645161
NO	23	74.19354839
TOTAL	31	100

PREGUNTA 6		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	61.29032258
NO	12	38.70967742
TOTAL	31	100

PREGUNTA 7		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	45.1612903 2
NO	17	54.8387096 8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 8		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	64.5161290 3
NO	11	35.4838709 7
TOTAL	31	100

PREGUNTA 9		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	67.7419354 8
NO	10	32.2580645 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 10		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	45.1612903 2
NO	17	54.8387096 8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 11		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	25.8064516 1
NO	23	74.1935483 9
TOTAL	31	100

PREGUNTA 12		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	35.4838709 7

NO	20	64.51612903
TOTAL	31	100

PREGUNTA 13		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	9.677419355
NO	28	90.32258065
TOTAL	31	100

PREGUNTA 14		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	45.16129032
NO	17	54.83870968
TOTAL	31	100

PREGUNTA 15		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	61.29032258
NO	12	38.70967742
TOTAL	31	100

PREGUNTA 16		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	58.06451613
NO	13	41.93548387
TOTAL	31	100

PREGUNTA 17		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	93.5483871
NO	2	6.451612903
TOTAL	31	100

PREGUNTA 18		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE

SI	10	32.2580645 2
NO	21	67.7419354 8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 19		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	45.1612903 2
NO	17	54.8387096 8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 20		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	19.3548387 1
NO	25	80.6451612 9
TOTAL	31	100

PREGUNTA 21		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	51.6129032 3
NO	15	48.3870967 7
TOTAL	31	100

PREGUNTA 22		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	29.0322580 6
NO	22	70.9677419 4
TOTAL	31	100

PREGUNTA 23		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	35.4838709 7
NO	20	64.5161290 3
TOTAL	31	100

PREGUNTA 24		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	54.8387096 8
NO	14	45.1612903 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 25		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	70.9677419 4
NO	9	29.0322580 6
TOTAL	31	100

PREGUNTA 26		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	32.2580645

		2
		67.7419354
NO	21	8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 27		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	58.0645161 3
NO	13	38.7096774 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 28		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	28	90.3225806 5
NO	3	9.67741935 5
TOTAL	31	100

PREGUNTA 29		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	58.0645161 3
NO	13	41.9354838 7
TOTAL	31	100

PREGUNTA 30		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	38.7096774 2
NO	19	61.2903225 8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 31		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	51.6129032 3
NO	15	48.3870967 7
TOTAL	31	100

PREGUNTA 32		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	38.7096774

		2
		61.2903225
NO	19	8
TOTAL	31	100

PREGUNTA 33		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMASIADA	6	19.3548387 1
SUFICIENTE	23	74.1935483 9
INSUFICIENTE	2	6.45161290 3
TOTAL	31	100

PREGUNTA 34		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMASIADA	4	12.9032258 1
SUFICIENTE	26	83.8709677 4
INSUFICIENTE	1	3.22580645 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 35		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMASIADA	4	12.9032258 1
SUFICIENTE	27	87.0967741 9
TOTAL	31	100

PREGUNTA 36		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMASIADA	7	22.5806451 6
SUFICIENTE	23	74.1935483 9
INSUFICIENTE	1	3.22580645 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 37		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	18	58.0645161 3
ALGUNAS VECES	13	41.9354838

		7
TOTAL	31	100

PREGUNTA 38		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	18	58.0645161 3
ALGUNAS VECES	13	41.9354838 7
TOTAL	31	100

PREGUNTA 39		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	17	54.8387096 8
ALGUNAS VECES	14	45.1612903 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 40		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	14	45.1612903 2
ALGUNAS VECES	13	41.9354838 7
NUNCA	4	12.9032258 1
TOTAL	31	100

PREGUNTA 41		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	14	45.1612903 2
ALGUNAS VECES	7	22.5806451 6
NUNCA	10	32.2580645 2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 42		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	11	35.4838709 7
ALGUNAS VECES	11	35.4838709 7
NUNCA	9	29.0322580 6
TOTAL	31	100

PREGUNTA 43		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MINUTOS	30	96.7741935 5
HORAS	1	3.22580645

		2
TOTAL	31	100

PREGUNTA 44		
RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EN EL CONSULTORIO	24	77.4193548 4
EN EL PASILLO	4	12.9032258 1
EN EL CUARTO DE HOSPITAL	2	6.45161290 3
EN LA SALA DE ESPERA	1	3.22580645 2
TOTAL	31	100

EDAD DE LOS MEDICOS EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30	10	32.25806452
30-40	11	35.48387097
40-50	6	19.35483871
MAS 50	4	12.90322581
TOTAL	31	100

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	16	51.61290323
MASCULIO	15	48.38709677
TOTAL	31	100

UNIVERSIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNAM	9	29.03225806
IPN	2	6.451612903
LA SALLE	3	9.677419355
FORANEA	17	54.83870968
TOTAL	31	100

TIPO DE MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESIDENTE 1	6	19.35483871
RESIDENTE 2	5	16.12903226
RESIDENTE 3	4	12.90322581
ADSCRITO	16	51.61290323
TOTAL	31	100

LUGAR ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SSA	29	93.5483871
ISSSTE	1	3.225806452
IMSS	1	3.225806452
TOTAL	31	100

TIENE SUBESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-----------------------	------------	------------

	A	
SI	5	16.12903226
NO	26	83.87096774
TOTAL	31	100

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	
MATUTINO	7	22.58064516
VESPERTINO	3	9.677419355
NOCTURNO	2	6.451612903
ESPECIAL	19	61.29032258
TOTAL	31	100

LUGAR DE SUBESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	
NO	26	83.87096774
FEDERICO GOMEZ	2	6.451612903
I.N.C.M.S.Z.	1	3.225806452
INCAN	1	3.225806452
MEDICA SUR	1	3.225806452
TOTAL	31	100

MATERIA DE BIOETICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	
SI	1	3.225806452
NO	30	96.77419355
TOTAL	31	100

MATERIA DE BIOETICA. LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	
NO APLICA	30	96.77419355
IMSS	1	3.225806452
TOTAL	31	100

PARTICIP. EN PROTOCOLOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	
SI	21	67.74193548
NO	10	32.25806452
TOTAL	31	100

PARTICIPACION. PAPEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPONSABLE	16	51.61290323
ASOCIADO	2	6.451612903
ASESOR	2	6.451612903
NO APLICA	11	35.48387097
TOTAL	31	100

	TOTAL DIAS	NUMERO DE EXPEDIENTES	CON CONSENTIMIENTO	SIN CONSENTIMIENTO	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO
TOTAL	31	528	483	45	5	15	25
PORCENTAJE	100%	100%	92.30%	8.52%	0.94%	2.84%	4.73%

ANEXO 5. FORMATO DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA DIVISION DE ANESTESIOLOGIA.



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo entiendo que, aparte de los riesgos que implica la operación, la anestesia conlleva sus propios riesgos, aún así, solicité el uso de anestésicos para mi propia protección y alivio del dolor. No desconozco que el tipo y la forma de suministrar anestesia puede ser cambiado antes o durante la operación sin que se me tenga que explicar en el momento. Tales cambios se harán para mi propia protección y beneficio.

El médico del servicio de anestesiología me ha explicado claramente y sin dejar ninguna duda, que puede haber complicaciones resultantes del uso de cualquier tipo de anestésico incluso poner en riesgo la vida. Entiendo que el cuidado médico no es una ciencia exacta y no hay garantía para que el resultado sea invariablemente favorable después de administrar anestesia.

Se me ha dado una explicación amplia del plan propuesto para llevar a cabo el procedimiento anestésico y se me ha brindado la oportunidad para preguntar acerca del procedimiento, las técnicas usadas y las formas alternativas de suministrar la anestesia, así como también de los riesgos y peligros inherentes, y creo que tengo la suficiente información para dar mi consentimiento por escrito.

Yo certifico que esta forma me ha sido explicada y entiendo su contenido, por tal motivo deslindo al Anestesiólogo de toda responsabilidad Civil, Legal o Penal.

Paciente o Persona Autorizada para Firmar
(Nombre y Firma)

Testigo
(Nombre y Firma)

Fecha y Hora

He discutido el contenido de esta forma con el paciente, así como también los riesgos, peligros y complicaciones potenciales de la anestesia, además de las formas alternativas de anestesia.

Médico
(Nombre y Firma)

Fecha y Hora

06-01-0235