



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE
ISSSTE**

**“Evaluación del Concepto y aplicación del consentimiento
Informado en Médicos Anestesiólogos del Hospital regional
1° de octubre”**

NÚMERO DE REGISTRO 148.2013

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA

DRA. BRENDA KIQUEY HERNANDEZ VIDAL

DIRECTOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

COASESORES

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES



ISSSTE

MÉXICO, D. F., A JUNIO DE 2013



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.

TÍTULO: Evaluación del concepto y aplicación del Consentimiento Informado en Médicos Anestesiólogos del Hospital regional 1º de Octubre.

ALUMNA: Dra. Brenda Kiquey Hernández Vidal

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

COASESORES: Dra. Celina Trujillo Esteves

Dr. José Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Investigación y Enseñanza
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

TÍTULO: Evaluación del concepto y aplicación del Consentimiento Informado en Médicos Anestesiólogos del Hospital regional 1º de Octubre.

ALUMNA: Dra. Brenda Kiquey Hernández Vidal

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

COASESORES: Dra. Celina Trujillo Esteves

Dr. Bernardo Soto Rivera

Profesor Titular del Curso de Especialidad en Anestesiología.

H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dra. Celina Trujillo Esteves

Profesora Adjunta del Curso de Especialidad en Anestesiología.

H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

INFORME FINAL

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACION.....	16
HIPOTESIS.....	17
OBJETIVOS.....	18
MATERIAL Y METODOS.....	19
PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.....	20
RESULTADOS.....	21
ANALISIS ESTADISTICO.....	25
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXOS.....	33

RESUMEN

El Consentimiento informado más allá de ser un acto jurídico o normativo es simplemente, un acto humano, de comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos. Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio y no maleficio, respetando en todo momento su voluntariedad y asumiendo de esta manera, todos, un compromiso.

Objetivo: Reportar el conocimiento de los Médicos Anestesiólogos sobre el consentimiento Informado en el Hospital Regional Primero de Octubre.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo mediante la aplicación de una encuesta validada que consta de 9 preguntas objetivas de elección múltiple y datos de sexo, edad, años de antigüedad y cantidad de consentimientos informados entregados por día, dirigida a los Médicos Anestesiólogos adscritos y residentes de forma personal y anónima.

Resultados: Se estudiaron 30 Médicos Adscritos (71%), 12 Médicos Residentes (28%), con un total de 15 Hombres (35%) y 27 mujeres (64%) en un rango de 25 a 65 años de edad la mayoría de estos dentro del rango de 35 a 65 años (61%), de los cuales el 35.% cuenta con 1 a 5 años de antigüedad y el 33% más de 20 años de antigüedad con un promedio de 1 a 5 consentimientos entregados por día (76%), la evaluación del conocimiento sobre el consentimiento informado contenido en la pregunta 1 a la pregunta 9 se clasificó en dos grupos: médico residente y adscrito creado para fines comparativos.

Conclusión: En el estudio no hubo significancia estadística entre las respuestas entre médicos adscritos y residentes, en donde la población del estudio se inclina más por los aspectos legales del consentimiento informado dejando los aspectos éticos con un porcentaje bajo de respuesta,

Palabras clave: consentimiento Informado, conocimiento, médicos anestesiólogos, Médicos Residentes.

ANTECEDENTES

Existe un concepto erróneo de lo que significa consentimiento informado y el formato de consentimiento o autorización. El consentimiento informado consiste en todo un proceso donde se requiere que el médico discuta el procedimiento a realizar con el paciente, debiendo dársele la oportunidad de hacer preguntas que le sean contestadas por su médico tratante, así como el no estar de acuerdo en que se realice tal procedimiento.⁶

El consentimiento informado, como lo conocemos hoy en día, tiene su antecedente histórico y evolución a partir del Código de Nuremberg en 1947, que surge a raíz de los juicios por el Tribunal Militar de Nuremberg, juicios a los que fueron sometidos un grupo de médicos acusados de realizar experimentos inhumanos en sujetos poniendo en evidencia parte de la barbarie que se cometía contra prisioneros de guerra en campos de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial.³

Estos experimentos se realizaban sin información ni consentimiento acerca de los riesgos que ellos implicaban. Años después, en 1964 la Asamblea Médica Mundial adopta la Declaración de Helsinki, un conjunto de reglas que orientan a los médicos en investigación en seres humanos y que al igual que el Código de

Nuremberg, resaltan la importancia del consentimiento voluntario como elemento importante dentro de los protocolos de estudio.³

Para 1975 la 29a Asamblea Médica Mundial revisa y amplía la Declaración de Helsinki para incluir la investigación biomédica en seres humanos declaración que sustituye al Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, y cuyos principios pueden considerarse de validez universal.

Un concepto que surge alrededor de 1970, la bioética, genera un movimiento universal, y se considera la disciplina que norma la conducta del hombre para todo aquello que interviene o interfiere con la vida. A partir de esa fecha, se conforman grupos de bioética que buscan incluir no sólo el consentimiento voluntario., sino además informado en los actos que involucran actividades desarrolladas con seres humanos, procurando con ello el cumplimiento del derecho a la información que requieren los individuos para tomar una decisión.³

El consentimiento informado más que un documento en sí, es un acto mediante el cual se proporciona una información detallada y completa a un sujeto sobre los pormenores de los procedimientos, enfatizando los riesgos a los que se expone. Ese mismo acto en la atención médica, se basa en la información descriptiva y detallada que se hace al usuario sobre su enfermedad, procedimientos diagnósticos y de tratamiento, alternativas, complicaciones, secuelas o riesgos que conllevan dichos procedimientos, para que de una manera consciente,

informada, responsable y con plena libertad decida someterse a ello, aceptando los riesgos que esto implique.⁷

En nuestro país, aun cuando no se expresan con ese término, desde hace dos décadas se encuentran en documentos legales y normativos formas de consentimiento informado: la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984 y que sustituyó al código sanitario las menciona en los artículos 100 fracción IV, 324, y 327, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica publicado en 1984, señala elementos que constituyen el consentimiento y la información en los artículos 29, 30, 76, 80, 81, 82, y 83. Otras formas de consentimiento informado se encuentran en la fracción IV y V del artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en 1985. Y ya definido como consentimiento informado se contempla en la fracción V del artículo 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en 1987.³

A partir de 1999 con la publicación de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico se redefinen estas formas de autorización y consentimiento cuando señala y agrega nuevos actos médicos, diciendo que los eventos mínimos que requieren carta de consentimiento informado son:⁴

- Ingreso hospitalario;
- Procedimientos de cirugía mayor;

- Procedimientos que requieren anestesia general;
- Salpingoclasia y vasectomía;
- Trasplantes;
- Investigación clínica en seres humanos;
- De necropsia hospitalaria;
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Indicando esta Norma Oficial que los datos mínimos que debe contener el consentimiento informado son:

- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
- Título del documento;
- Lugar y fecha en que se emite;
- Acto autorizado;
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
- Nombre completo y firma de los testigos

Si bien es cierto que anteriormente esta falta de información no era indispensable en el caso de prestación de servicios de salud, con la nueva normatividad pudiera demandarse nulidad de contratos si el consentimiento por escrito que señala la Norma Oficial no está presente, incluso, dado que el código civil señala la responsabilidad civil de tipo contractual, el hecho de no informar al usuario de las complicaciones o secuelas que pudieran presentarse en el actuar de un procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que requiera este consentimiento informado escrito, puede dar lugar a la exigencia de una indemnización a pesar de que no exista negligencia, impericia o error técnico, por no haber hecho del conocimiento del usuario estos riesgos.⁵

No recabe la autorización del paciente o de la persona que deba otorgarla, salvo en los casos de urgencia, cuando se trate de practicar alguna operación quirúrgica que por su naturaleza ponga en peligro la vida del enfermo, cause la pérdida de un miembro o ataque la integridad de una función vital; por lo que habría de tenerse en consideración si las secuelas físicas o aun la muerte por procedimientos de riesgo no informados al paciente, pudieran dar lugar así mismo a responsabilidad de tipo penal por considerarse que no se dio autorización para ese procedimiento.⁵

El hecho de que los profesionales de la salud proporcionen información a los pacientes o sus familiares acerca de los riesgos, beneficios, efectos colaterales y

alternativas al tratamiento o diagnóstico de la enfermedad resulta vital. Sin embargo, lo importante radica en saber comunicarlo.⁶

Lo que se pretende es propiciar relaciones sanas entre los médicos y los pacientes y tratar de contener la práctica de la medicina defensiva, para ello lo mejor es que se conozcan y se respeten los derechos de ambos; podemos decir que durante mucho tiempo la medicina se ha basado en un principio paternalista, en donde se debe de hacer todo para el paciente pero sin el paciente, es decir, se ha identificado al paciente, que es el enfermo, como el débil, el que no tiene firmeza, el que no puede tomar decisiones, y por lo tanto los médicos decidimos por él. Hay que recordar que la palabra paciente viene de “padeceré”; el que padece, el que sufre, el que tiene alguna enfermedad y que por eso necesita de nuestra ayuda.

En los últimos años la sociedad ha querido participar en la toma de decisiones, es por eso que se ha reconocido el derecho a la autonomía del paciente como un principio, que reemplaza al del paternalismo en el ejercicio de la práctica médica. Este derecho tiene su fundamento en la libertad del enfermo para que él mismo pueda tomar sus decisiones.¹¹

EL PROCESO DEL CONSENTIMIENTO

La firma o la obtención del consentimiento debe ser el resultado de la interacción entre el médico y su paciente, ya sea en el consultorio, la clínica o el hospital. De

nada sirve que los formatos sean hechos firmar por administrativos si los elementos que se discuten en él fueron pobremente discutidos. Es una acción médica indelegable.¹⁰

El proceso del consentimiento informado no sólo es malinterpretado por los profesionales, sino también por los pacientes, que lo interpretan como el llenado de un "cheque en blanco" que le extienden al médico o a la institución para que se haga cualquier cosa que estime apropiada.

A diferencia de lo que se cree en general, el consentimiento bajo información es un documento dinámico, que debe permitir reformulación y cambios conforme el proceso de atención del paciente lo requiere.¹⁰

Lo más importante siempre será la relación entre el médico y el paciente, y entre el médico y los familiares del paciente. Ninguna forma o documento legal puede reemplazarla. La instrumentación del consentimiento debe surgir como un paso natural en el proceso de atención.

Cuando la obtención de la firma deteriora la relación establecida, el médico debe plantearse si está manejando adecuadamente los aspectos interpersonales.⁷

Mucho más importantes que los aspectos legales del consentimiento son los aspectos éticos que surgen de la "doctrina del consentimiento bajo información,

que considera por un lado el principio de AUTONOMÍA del paciente, por el cual tiene derecho a participar en las decisiones con respecto a su salud y para ello requiere una información adecuada. Por otro lado, el principio de BENEFICENCIA, que establece claramente que la obligación primaria, del médico, es beneficiar al paciente, siendo la condición limitante de su actividad evitar hacerle un mal innecesario. Por lo tanto, para cumplir con este último principio, en su deber de informar, el médico no sólo debe ofrecer datos que beneficien al paciente sino que además no le produzcan un sufrimiento innecesario.⁷

Se puede decir entonces que la relación establecida entre el médico y el paciente está sujeta a consecuencias varias según el modelo ético que sirve de marco a dicha relación y de acuerdo con la interpretación que la Ley haga de la misma. Siempre bajo la premisa de la Ley, el consentimiento debe ser dado libremente y de buena voluntad, sin presiones de ningún tipo.

Actualmente la documentación debería reflejar la preocupación del médico en brindar la suficiente información como para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones.⁹

El consentimiento informado en México como un acto legal era requerido anteriormente sólo en caso de investigación en seres humanos y trasplantes, sin embargo, ha llegado a constituirse en un requisito normativo en gran parte de actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud. Por lo que es de

vital importancia que los médicos tengan un conocimiento firme y sustentado en la ley acerca de la trascendencia medica, bioética y legal del consentimiento informado.³

El consentimiento del paciente sólo puede prestarse de modo fundado y conveniente tras el develamiento y sinceración del alcance y eventuales riesgos del tratamiento o intervención proyectados para el beneficio del paciente.²

De los pocos estudios sobre el tema de evaluación del conocimiento sobre el consentimiento está el de Fisher-Jeffes y col. Los autores utilizaron un cuestionario con 10 viñetas breves de casos pediátricos, pidiendo que respondieran con verdadero, falso o no sé. Participaron 51 médicos de diferentes especialidades. Skene y Smallwood evaluaron el conocimiento legal sobre el consentimiento, En estudiantes de medicina y residentes de la Universidad de Nueva México. Roberts y col. hallaron que los participantes manifestaron claramente su interés a que se preste mayor atención en su formación a tópicos relacionados con el consentimiento

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú realizaron el estudio para evaluar el conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación (postulantes a la residencia) en donde los resultados del estudio señalan claramente deficiencias de formación en conocimiento sobre el consentimiento informado, este se realizo mediante una encuesta validada a

través de la prueba de jueces por miembros del Instituto de Ética en Salud, con una prueba alfa de Cronbach y la confiabilidad fue de 0,235, ⁸ del cual tomamos la encuesta para así reproducir el estudio en nuestro Hospital.

Como conclusión podemos decir que El Consentimiento Informado es el instrumento mediante el cual el paciente ejerce su derecho a la autodeterminación y para ello el médico está en el deber de dar la información que aquel necesita. ⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consentimiento informado en México como un acto legal era requerido anteriormente sólo en el caso de investigación en seres humanos y trasplantes, sin embargo, ha llegado a constituirse en un requisito normativo en gran parte de actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud. Por lo que es de vital importancia que los médicos tengan un conocimiento firme y sustentado en la ley acerca de la trascendencia medica, bioética y legal del consentimiento informado.

Es una de las aportaciones más valiosas del derecho a la práctica médica, sin embargo, más allá de ser un acto jurídico o normativo es simplemente, un acto humano, de comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos.

Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio y no maleficio, respetando en todo momento su voluntariedad y asumiendo de esta manera, todos, un compromiso.

JUSTIFICACION

En Anestesiología el 100% de los pacientes requiere firmar un consentimiento Informado por lo que es importante que el médico tenga el conocimiento en aspectos éticos y legales para así detectar posibles fallas y proponer mejoras en el cumplimiento de este documento normativo.

El consentimiento informado implica la obligación del médico de establecer un proceso de comunicación con su paciente, para que ambos tengan la información comprensible y necesaria para tomar decisiones que permitan enfrentar de mejor manera la enfermedad, es un proceso de comunicación en donde el médico y el paciente se tienen que poner de acuerdo y entender que la finalidad última es atender el padecimiento del enfermo por el bien del mismo.

Es primordialmente una actividad que tenemos que realizar los médicos frente a nuestros pacientes. En donde el objetivo primario es tranquilizar al paciente o sus familiares, para ello debemos brindar información clara y suficiente para explicarle qué le vamos a hacer, el motivo del procedimiento, los riesgos inherentes al mismo, las complicaciones que se pueden presentar, las posibilidades de éxito, y otras alternativas para tratar su enfermedad, para que juntos, médico y paciente, con toda la información comprendida, tomen la mejor decisión.

HIPOTESIS

H1

Más del 90% de los Médicos Anestesiólogos tiene el conocimiento suficiente sobre el consentimiento informado.

OBJETIVOS

GENERAL

Reportar el conocimiento de los Médicos Anestesiólogos sobre el consentimiento Informado en el Hospital Primero de Octubre.

ESPECIFICOS

- Reportar si el personal médico de Anestesiología conoce el objetivo principal del consentimiento informado.
- Reportar si el personal médico de Anestesiología conoce los aspectos éticos y legales del consentimiento informado.
- Reportar las Diferencias entre médicos residentes y médicos de base sobre el Consentimiento Informado.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo aprobado previamente por los Comités de Investigación y Ética en el Hospital Regional “1° de Octubre” del I.S.S.S.T.E., el cual se describe como un estudio; prospectivo, descriptivo, longitudinal; en una muestra de 42 Médicos Anestesiólogos de los cuales 30 son Médicos Adscritos y 12 Médicos Residentes a través de un cuestionario validado el cual consta de 14 preguntas las primeras 9 evalúan el conocimiento sobre el consentimiento informado. Las preguntas 1 y 2 exploran el objetivo del consentimiento informado, la pregunta 3, 7 y 8 remiten algunas características de la información que el médico está obligado a proporcionar en el proceso de obtención del consentimiento informado, la pregunta 4 y 9 examinan la toma de decisión en el proceso del consentimiento informado, la pregunta 5 era conceptual, sobre el fundamento del consentimiento, la pregunta 6 es una pregunta práctica que explora quien determina la capacidad mental (competencia) del paciente en la atención de salud. la pregunta 10 a 14 son datos personales del médico participante.

El cuestionario es entregado de forma personal garantizando el anonimato por medio de una carta invitación.

Excluyendo de este estudio a Médicos Anestesiólogos que no acepten contestar el cuestionario o este se encuentre incompleto.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Para la descripción estadística de los resultados se utilizará media y desviación estándar. Para análisis de las variables en estudio se utilizara programa estadístico de software SPSS. Versión 16. Para análisis de las variables cualitativas medidas de tendencia central (frecuencia y porcentajes), en la comparación de variables utilizamos la prueba de chi cuadrada. Con un nivel de significancia de 0.05

Se considerará una significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

En la Evaluación del concepto y aplicación del consentimiento informado no se exploró cuánto sabían sobre el consentimiento Informado sino que se exploró lo que sabían acerca del tema los médicos del servicio de Anestesiología. Así, a continuación se presenta la frecuencia de las respuestas por cada pregunta.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ENCUESTADOS

Sexo Masculino	35.7
Sexo Femenino	64.3
Menor a 35 años de edad	38.1
De 35 a 65 años de edad	61.9
De 1 a 5 años de antigüedad	35.7
De 5 a 10 años de antigüedad	7.1
De 10 a 20 años de antigüedad	23.8
Más de 20 años de antigüedad	33.3

Respecto a la encuesta se encontraron los siguientes resultados:

En la pregunta 1 (tabla 1) “La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta...”, si bien más de la mitad (69%) respondió a) “proteger legalmente a los profesionales de la salud”, el (14%) eligió Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas. Este resultado indicaría que los participantes reconocen aspectos legales y éticos en el consentimiento. Así como el 73% de los médicos reconoce que respetar la autonomía del paciente sirve para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente.

Tabla 1. Objetivo del consentimiento informado y porcentajes de respuestas.

1) La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta:	
a) Proteger legalmente a los profesionales de la salud	69,0
b) Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas	14,3
C) Promover la equidad en la atención de salud	16,7
d) Dar prioridad de la atención de salud a los más necesitados	0,0
2) Respetar las preferencias (autonomía) del paciente significa:	
A) Considerar que el paciente es incapaz de tomar decisiones de salud	7,1
b) Considerar que el paciente no tiene información técnica	0,0
c) Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente	73,8
d) Evitar causarle angustia al paciente	19,0

En la pregunta 3 (tabla 2) “La información en la obtención del Consentimiento Informado debe ser”, si bien la respuesta correcta en la perspectiva ética era b) “necesita cada paciente en forma particular”, desde el punto de vista legal pueden ser la a) “daría un médico razonable y prudente” (50%) y la c) “un paciente razonable necesita para tomar decisiones racionales” (33,3%). En México, en la carta de Derechos de los pacientes se deja en claro el derecho del paciente a la información oportuna, clara y veraz.

Tabla 2. Información en el consentimiento informado y porcentajes de respuestas

3) La información en la obtención del consentimiento debe ser aquella que:	
a) Daría un médico razonable y prudente	50,0
b) Necesita cada paciente en forma particular	14,3
c) Un paciente razonable necesita para tomar decisiones racionales	33,3
d) La familia exige para su paciente	2,4
7) La obligación ética y legal de proporcionar información es mayor en:	
a) Situación de emergencia	16,7
b) Tratamiento electivo	42,3
c) Tratamiento experimental	40,5
d) Tratamiento de mantenimiento	0,0
8) Se justifica éticamente ocultar el diagnóstico y el tratamiento cuando:	
a) El paciente tiene riesgo suicida	54,8
b) El paciente rechaza tratamiento	2,4
c) Lo solicita la familia	38,1
d) Lo solicita el juez	4,8

En la pregunta 7: la respuesta correcta es la c) “tratamiento experimental” donde hubo un porcentaje considerable de respuesta (40,5) y Acertaron en la pregunta 8 a) “riesgo suicida” (54.8%). La Ley general de salud menciona explícitamente “a ser informado sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos”

En la pregunta 4 (tabla 3), el fraseo negativo ‘dificultaría’ la participación del paciente en la toma de decisión médica, explicaría la baja frecuencia de aciertos: “dar toda la información médica posible” (0%). Ya que la pregunta era ambigua, sesgada y poco precisa. La pregunta 9 (tabla 3) explora qué hacer cuando el paciente rechaza el consentimiento informado, pese a la situación de vida o muerte. Llama la atención que el 38% respondiera que “pide apoyo al comité de ética asistencial”, cuando este tipo de comité no existe en todas las instituciones de salud, además de que el 16% prefiere evitar el procedimiento.

Tabla 3. Decisión y consentimiento informado y porcentajes de respuestas.

4) ¿Cuál de las siguientes dificultaría la participación del paciente en la toma de decisión médica?:	
a) Preparar a los profesionales de la salud para el proceso del consentimiento	16,7
b) Evaluar la comprensión de la información del paciente	83,2
c) Establecer una buena relación médico paciente	0,0
d) Dar toda la información médica posible	0,0
9) Si el consentimiento informado es rechazado, pese a la situación de vida o muerte:	
a) Busco una decisión sustituta	14,3
b) Busca acogerse a la excepción del consentimiento informado (implícito)	31,0
c) Pido apoyo del comité de ética asistencial	38,1
d) Evito procedimiento	16,7

La pregunta 5 (tabla 4), de naturaleza conceptual, sobre el fundamento del consentimiento informado, tuvo una frecuencia de aciertos alta (52.4%).

Tabla 4. Fundamento del consentimiento informado y porcentajes de respuestas.

5) El consentimiento informado promueve dos valores: el bienestar personal y la autodeterminación; por consiguiente, su realización es en esencia:	
a) Un imperativo legal	33,3
b) Un imperativo ético	52,4
c) Una norma institucional	14,3
d) Una virtud	0,0

La pregunta 6 (tabla 5) explora quién determina la capacidad mental (competencia) del paciente para tomar decisiones de salud. Respondió correctamente a) “el médico tratante” 81% en donde de lo que se trata es averiguar si su estado mental le permite comprender la información, valorarla, y procesarla para finalmente tomar una decisión”.

Tabla 5. Capacidad mental y porcentajes de respuestas.

6) La capacidad mental (competencia) del paciente para tomar decisiones de salud lo establece:	
a) El médico tratante	81,0
b) El juez	14,3
c) El psiquiatra	2,4
d) El psicólogo	2,4

El 76.2% de los médicos anesestesiólogos entregan de 1 a 5 consentimientos por día, cabe señalar que en la pregunta 14 “cuantos de los consentimientos informados no son firmados” solo el 23% contesto de 1 a 5, por lo que mas del 70% de los consentimientos informados son firmados por el paciente o familiar.

ANALISIS DE RESULTADOS

Para análisis, se utilizó la prueba de Chi cuadrada dividiendo las respuestas dadas por médicos adscritos y las dadas por los médicos residentes de anestesiología tomando una significancia estadística de $p \leq 0.05$

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se demuestra una homogeneidad entre los conocimientos del médico adscrito y el médico residente, Únicamente se observa una variación significativa en las repuesta de la pregunta 3 sobre “la información en la obtención del consentimiento debe ser aquella que”, en donde el 76.2% de los médicos adscritos piensa que es a) la que un medico razonable y prudente daría, mientras que el médico residente piensa que es b) la información que cada médico necesita para obtener el consentimiento informado.

Por lo que es importante observar que los aspectos legales del consentimiento son de mayor importancia para el médico adscrito que para el médico residente, talvez por la experiencia y los años de antigüedad en el ejercicio de esta especialidad

Chi-Square PREGUNTA 3

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,400 ^a	3	,038
Likelihood Ratio	8,080	3	,044
Linear-by-Linear Association	,023	1	,880
N of Valid Cases	42		

DISCUSION

En el estudio los participantes reconocen aspectos éticos y legales en el consentimiento Informado.

Podemos decir que el consentimiento informado es un derecho del paciente basado en su autonomía y autodeterminación, también podemos afirmar que es una exigencia ética y legal para el médico. Berg y col. señalan que el consentimiento informado comprende: a) normas legales que prescriben la conducta de médicos en su relación con pacientes; b) una doctrina ética apoyada en el valor social de la autonomía, que promueve el derecho del paciente a la autodeterminación respecto a su tratamiento; c) un proceso interpersonal en el que interactúan las partes para elegir un adecuado curso de tratamiento médico.

El consentimiento es todo esto y ninguno de ellos por sí solos ¹²

Aceptar el consentimiento por sus implicaciones legales no beneficia a la relación médico paciente. Sin embargo, el peso de lo legal sobre lo ético se debe, a que las normas jurídicas: a) tienen mecanismos externos de sanción; b) son constitutivas de una praxis social institucionalizada; y, c) en Derecho lo que cuenta es el cumplimiento de la norma jurídica. ¹¹

En nuestro estudio, solo el 30% respondió que la información debe ser aquella que necesita cada paciente en forma particular.

El consentimiento informado es básicamente un proceso de comunicación y tiene que enfocarse a tranquilizar al paciente, a beneficiarlo y a enfrentar de mejor

manera su enfermedad, no puede verse sólo bajo la perspectiva legal sino que tiene que enfocarse bajo la perspectiva ética. La definición que señala que “es el acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información.”¹¹

Tal como se mencionó en los resultados del estudio, en nuestro país, la Ley general de salud solo menciona en términos generales el derecho del paciente a la información.¹³

En nuestro estudio la mitad de los participantes (50%) respondió que el estándar de información es aquella que daría un médico razonable y prudente viéndolo desde un punto legal como una respuesta correcta.

Respecto a una ‘persona razonable’, Doyal dice: “debe interpretarse como aquello que los mismos clínicos desearían saber en circunstancias similares o querrían que se informe a sus familiares o amigos cercanos... La investigación empírica sugiere que el nivel de comprensión de los pacientes mejora con la información, elaborada de acuerdo a sus necesidades y con el uso de una variedad de estrategias de buena comunicación. Y, no es sorprendente que la pobre comunicación pueda llevar hacia una pobre comprensión”¹⁴

En la práctica médica rutinaria, al consentimiento informado se le ha otorgado un papel inadecuado, como simple formulismo o instrucción normativa, quizá como medio para justificar una intervención médica ya sea diagnóstica o terapéutica, algunas veces como medio defensivo y otras como informativo exclusivamente, sin que se acompañe un proceso efectivo de comunicación humana, en donde se

privilegie el entendimiento mutuo y la toma de decisiones informadas y compartidas.¹¹

En Canadá, Etchells y col. señalan que los estudios empíricos sugieren que el deseo del paciente de información coincide estrechamente con el estándar legal de 'persona razonable', en especial los casos quirúrgicos... Asimismo hallaron que la información verbal rutinaria no es del todo efectiva, mientras que la escrita o combinada escrita y verbal mejoran la comprensión del paciente.¹⁵

Con relación al consentimiento informado y capacidad mental, en el estudio, el 80% de los participantes respondió que la capacidad mental lo determina el médico tratante. En el proceso de obtención del consentimiento "todo médico debe asegurarse que su paciente es capaz de participar adecuadamente en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, determinar la capacidad mental no es una tarea fácil, "El problema central de la competencia reside en cómo se determina esta de manera adecuada, pues la mayoría de las estrategias para definirla se basa en habilidades mentales relacionadas con ciertas habilidades cognitivas y la independencia en la toma de decisiones".¹⁶

En el reino Unido, los Estados Unidos y Canadá, cuando un paciente rechaza tratamiento médico, Buchanan señala que la ley establece que sus deseos expresos se respeten, a menos que se pueda demostrar que es legalmente incompetente¹⁷

En México, la modificatoria Ley general de salud, establece "A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esta negativa.

Los resultados de este estudio, señalan que la diferencia principal entre médicos adscritos y residentes no es en la falta o deficiencia en el conocimiento del tema sino en la importancia que el médico adscrito da a los aspectos legales del consentimiento informado, dando menor relevancia a los aspectos éticos del mismo.

CONCLUSIONES

El Consentimiento informado es una de las aportaciones más valiosas del derecho a la práctica médica, sin embargo, más allá de ser un acto jurídico o normativo es simplemente, un acto humano, de comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos.

Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio y no maleficio, respetando en todo momento su voluntariedad y asumiendo de esta manera, todos, un compromiso.

BIBLIOGRAFIA

1. *Alfaro-Victoria F, Estrada M, El consentimiento informado en la práctica anestésica, Rev Mex Anest, Vol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006.*
2. *Gómez Velásquez L, Gómez N, El valor del consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" Rev. Méx. ortopedia 2004, 14 (1) Enero- Febrero 3-8*
3. *Dobler López Irving F. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México Rev. Méx. Patol Clin, Vol. 48, Núm. 1, pp. 03-06. Enero - Marzo, 2003.*
4. *Norma oficial Mexicana del Expediente clínico I68, 10.1.1*
5. *Fortun Luna A, Klinger P, La Anestesia y la Ley, Anestesia en México 2009, 21 (2), 112-117*
6. *Alfaro Ramos L, Magaña M, Realidades conceptuales del consentimiento informado para la seguridad del médico y del paciente, Rev. INER, Julio-Septiembre 2008, Vol. 21 No 3, paginas 213- 220*
7. *Hernández Quintana M, Orta A, Martínez A, Rodríguez O, Aspectos Bioéticas, Rev. Cubana Anest, 2004; 3 (1): 22-33*
8. *Salomón Zavala, Sogi C, Conocimiento sobre Consentimiento Informado de Médicos en Formación, An Fac med. 2010;71(2):103-10*
9. *Islas Saucillo M, Muñoz H, El consentimiento Informado Aspectos Bioéticas, Rev. Med Hosp. Gen Méx. 2000, Vol. 63 num. 4 pp. 267- 273*
10. *Dr. Jaime A. Wikinski, El consentimiento Informado, Rev. Arg Anest 2005, 63, 4, pp. 213 – 231.*

11. *Dr Tena Tamayo C. El consentimiento Informado en la Practica Medica, Rev. CONAMED, Vol. 9, Núm. 3, julio - septiembre, 2004*
12. *Fisher-Jeffes L, Barton Ch, Finlay F. Clinicians knowledge of informed consent. J Med Ethics.2007;33:181-4.*
13. *Ley gral de salud*
14. *Doyal L. Good clinical practice and informed consent are inseparable. Heart. 2002;87:103-6.*
15. *Etchells E, Sharpe G, Burgess MM, Singer PA. Bioethics for clinicians: 2. Disclosure. Can Med Assoc J. 1996;155:387-91.*
16. *Vargas-Parada L, Flisser A, Kawa S. Consentimiento informado. En: Pérez-Tamayo R, Lisker R, Tapia R [coordinadores]. La construcción de la bioética. México: Fondo de Cultura Económica; 2007*
17. *Buchanan A. Mental capacities, legal competence and consent to treatment. J R Soc Med. 2004;97:415-20.*

ANEXOS

CUESTIONARIO:

MEDICO ADSCRITO ()

MEDICO RESIDENTE ()

- 1) La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud es:
 - a) Proteger legalmente a los profesionales de la salud
 - b) Mejorar la calidad de las relaciones clínicas
 - c) Promover la equidad en la atención de salud
 - d) Dar prioridad de la atención de salud a los más necesitados

- 2) Respetar las preferencias (autonomía) del paciente significa:
 - a) Considerar que el paciente es incapaz de tomar decisiones de salud
 - b) Considerar que el paciente no tiene información técnica
 - c) Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente
 - d) Evitar causarle angustia al paciente

- 3) La información en la obtención del consentimiento debe ser aquella que:
 - a) Daría un médico razonable y prudente
 - b) cada médico necesita, para obtener el consentimiento informado
 - c) Un paciente razonable necesita para tomar decisiones racionales
 - d) La familia exige para su paciente

- 4) ¿Cuál de las siguientes dificultaría la participación del paciente en la toma de decisión médica?:
 - a) Preparar a los profesionales de la salud para el proceso del consentimiento
 - b) condición médica del paciente en la toma de decisiones
 - c) Establecer una buena relación médico paciente
 - d) Dar toda la información médica posible

- 5) El consentimiento informado promueve dos valores: el bienestar personal y la autodeterminación; por consiguiente, su realización es en esencia:
 - a) Un imperativo legal
 - b) Un imperativo ético
 - c) Una norma institucional
 - d) Una virtud

- 6) La capacidad mental (competencia) del paciente para tomar decisiones de salud lo establece:
 - a) El médico tratante
 - b) El propio paciente
 - c) El Familiar
 - d) El psicólogo

- 7) La obligación ética y legal de proporcionar información es mayor en:
 - a) Situación de emergencia
 - b) Tratamiento electivo
 - c) Tratamiento experimental
 - d) Tratamiento de mantenimiento

- 8) Se justifica éticamente ocultar el diagnóstico y el tratamiento cuando:
 - a) El paciente tiene riesgo suicida
 - b) El paciente rechaza tratamiento

- c) Lo solicita la familia
- d) Lo solicita el juez

9) Si el consentimiento informado es rechazado, pese a la situación de vida o muerte:

- a) Busco una decisión sustituta
- b) Busca acogerse a la excepción del consentimiento informado (implícito)
- c) Pido apoyo del comité de ética asistencial
- d) Evito procedimiento

10 Sexo

- a) Hombre
- b) Mujer

11. Edad

- a) <35 años
- b) 35-65 años
- c) > 65 años
- d) más de 65 años

12) años de antigüedad

- 1. 1 a 5
- 2. 5 a 10
- 3. 10 a 20
- 4. Más de 20

13) cantidad de consentimientos informados entrega por día

- 1. 1 a 5
- 2. 5 a 10
- 3. 10 a 20
- 4. 20 o mas

14) cuantos de los consentimientos informados que usted entrega no son firmados por el paciente o familiar.

- 1. 1 a 5
- 2. 5 a 10
- 3. 10 a 15
- 4. Ninguno

CARTA INVITACIÓN

“Evaluación del concepto y aplicación del Consentimiento informado en Médicos Anestesiólogos del Hospital Regional 1º de Octubre”

Estimado Médico:

Dentro de la funcionalidad de un servicio Médico se requiere evaluar el conocimiento de los Médicos Anestesiólogos sobre el consentimiento informado, es por eso que le pedimos su apoyo y participe en un protocolo de investigación llamado **“Evaluación del concepto y aplicación del Consentimiento informado en Médicos Anestesiólogos del Hospital Regional 1º de Octubre”**. Para poder desarrollar esta investigación es necesario que usted nos ayude a responder una encuesta, la cual demostrará cuales son los puntos que ustedes consideran importantes en el consentimiento informado. Es una encuesta clara que no llevara más de 10 minutos para desarrollarla y en la que solo se pedirán algunos datos de importancia mencionando que esta será siempre **anónima** y que de ninguna manera se exhibirán sus datos personales y de opinión fuera de este estudio. Sin más agradecemos su participación.