

ARTÍCULO

Utilidad del consentimiento informado en la unidad de terapia polivalente del Hospital Joaquín Albarrán

Usefulness of informed consent in the polyvalent unit of Joaquín Albarrán Hospital

Anabel Hernández Ruiz,^I José Julián Castillo Cuello,^{II} Rebeca Iracema Delgado Fernández,^{III} Luis Carlos Soliz Santos^{IV}

- I. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán Domínguez”. Avenida 26 y Boyeros, La Habana, Cuba. C.P. 10440. anabelhdez@infomed.sld.cu
- II. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán Domínguez”. Avenida 26 y Boyeros, La Habana, Cuba. C.P. 10440. jjcast@infomed.sld.cu
- III. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Diplomado en Cuidados Intensivos. Profesor Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán Domínguez”. Avenida 26 y Boyeros, La Habana, Cuba. C.P. 10440. rebecairacemad@infomed.sld.cu
- IV. Doctor en Medicina. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán Domínguez”. Avenida 26 y Boyeros, La Habana, Cuba. C.P. 10440.

RESUMEN

Introducción: El consentimiento informado es un procedimiento que brinda oportunidad a los pacientes de disponer de información y participar en la toma de

decisiones médicas. Sin embargo, existe el criterio de que el nivel de entendimiento de la información aportada por los facultativos al paciente, sus familiares o ambos, es bajo y además, muchos médicos lo consideran como una herramienta de trabajo secundaria o que no es necesario realizarla con inmediatez.

Objetivo: Evaluar la percepción y experiencia del personal sanitario de la unidad de terapia polivalente del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán” acerca del consentimiento informado.

Método: Estudio descriptivo realizado en la unidad de terapia polivalente del Hospital Joaquín Albarrán de enero a marzo del 2013. Se aplicó una encuesta a 67 trabajadores que accedieron voluntariamente a responderla.

Resultados: El 60 % de los encuestados tenía menos de dos años de trabajo en la unidad y solo el 45 %, conocimientos básicos de ética médica. Únicamente el 50 % de los interrogados consideró que este procedimiento puede mejorar la relación médico-paciente.

Conclusiones: Es necesario incrementar el conocimiento sobre la utilidad del consentimiento informado entre los trabajadores de la unidad para aprovechar al máximo sus beneficios.

Palabras clave: consentimiento informado, autonomía personal, bioética.

ABSTRACT

Introduction: Informed consent is a procedure that offers full opportunity for patients to have access to information and participate in medical decision-makings. However, it is believed that the information given by the doctors are not fully understood by the patients, their families or both, and besides that many doctors consider it as a second tool or something that doesn't have to be done right away.

Objective: Evaluate the perception and experience of the health staff of the polyvalent unit of the surgical clinical teaching hospital Joaquin Albarrán about informed consent.

Method: Descriptive study carried out in the polyvalent unit of Joaquin Albarrán Hospital from January to march 2013. A survey was given to 67 workers who voluntarily agreed to answer it.

Results: The 60% of the participants had been working in the unit for less than 2 years and only 45% of them had basic knowledge of medical ethics. Only 50% of the participants considered that this procedure could help to improve doctor-patient relationship.

Conclusions: It is necessary to increase the knowledge of the usefulness of the informed consent among the workers of the unit to have full profit from it.

Keywords: informed consent, personal autonomy, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente está basada en el reconocimiento del derecho que tienen los seres humanos para decidir de forma libre y voluntaria una acción sanitaria, según su escala de valores y sus objetivos.¹

En los últimos años ha experimentado profundos cambios, puesto que la tradicional moral de beneficencia, vigente desde los tiempos de Hipócrates, que expresaba con paternalismo: "a los pacientes hay que defenderlos de la verdad", ha dejado paso a la moral de autonomía, de origen en la Ilustración y con gran desarrollo en países anglosajones y que se caracteriza por una difusión de la filosofía de la libertad de los pacientes para que puedan tomar decisiones referentes a su enfermedad a partir del conocimiento básico de su proceso morboso y del consejo del profesional.²

El consentimiento informado es un término nuevo que traduce un derecho del paciente dentro de la neoética médica. Su principal objetivo, y tal vez el único, es proteger la autonomía del paciente.³

Este término comenzó a circular en los Estados Unidos de Norteamérica en 1957 en un sonado proceso legal: el caso Salgo. Como resultado de una cirugía traslumbrar, Martín Salgo sufrió una parálisis permanente, por lo cual demandó a su médico con el cargo de negligencia. La Corte encontró que al médico le asistía el deber de

revelar al paciente todo aquello que le hubiera permitido dar su consentimiento inteligente en el momento que se le propuso la práctica de la cirugía. Desde entonces comenzó a contemplarse la posibilidad de que el consentimiento informado fuera considerado como un derecho del paciente. Así, del campo jurídico pasó al campo de la ética médica.³

Por tanto, para todo el personal sanitario el consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es el compromiso del profesional de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos, aplicando el principio de autonomía del doliente. Debe reunir al menos tres requisitos que son: voluntariedad, información y comprensión.⁴

El médico debe comunicar de manera clara la naturaleza de la afección y del tratamiento que se aplicará, con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles, y el paciente o familiar aceptará o rechazará por escrito el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone; esta acción no es más que el consentimiento informado referido con anterioridad.⁵

La cantidad y el tipo de información aportada por el equipo de profesionales de la salud y la comprensión de la misma por parte del paciente, desempeñan un papel fundamental en el diálogo entre los facultativos y sus pacientes. La información debe ser objetiva y adecuarse a cada circunstancia, por lo que es un deber del médico transmitirla de manera apropiada para evitar que lo que es un derecho, pueda transformarse en un daño para el paciente.⁶

Existe el criterio entre la población de que el nivel de entendimiento de la información aportada por los facultativos al paciente, sus familiares o ambos es baja, entre otras cosas, porque los métodos de comunicación no son comprensibles.

Por otro lado, es el criterio de muchos de los integrantes del equipo médico que labora en las unidades de atención al grave, que la solicitud del consentimiento informado al paciente o su familiar, es una herramienta de trabajo secundaria o que no es necesaria realizarla con inmediatez, y en numerosas ocasiones, por la necesaria premura de instaurar los tratamientos, se prescinde solicitarlo desde el

inicio de la atención, y posteriormente, cuando se realiza la información médica, por lo general, no es todo lo profunda y clara que precisan los familiares y pacientes.

Con estas premisas, en el presente estudio se ha efectuado un análisis descriptivo de las opiniones del personal sanitario acerca de diferentes aspectos relacionados con el consentimiento informado, especialmente sobre la información contenida en sus formularios, con el objetivo de evaluar la percepción y experiencia que tiene el personal sanitario que trabaja en la unidad de terapia polivalente (UTP) del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán” acerca del consentimiento informado.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en la UTP del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez desde enero a marzo del 2013. La población estudiada quedó constituida por todo el personal que la labora en la unidad y la muestra por 67 trabajadores que accedieron voluntariamente a participar en la investigación.

Los métodos utilizados para la obtención de la información fueron la observación y la encuesta.

Fue utilizada la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias, según el porcentaje que respondió cada pregunta del cuestionario. Se realizó la prueba de Chi cuadrado para evaluar las frecuencias de las respuestas ofrecidas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0,05. Para el análisis de los resultados se empleó el programa estadístico SPSS, versión 18.0 para Windows.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

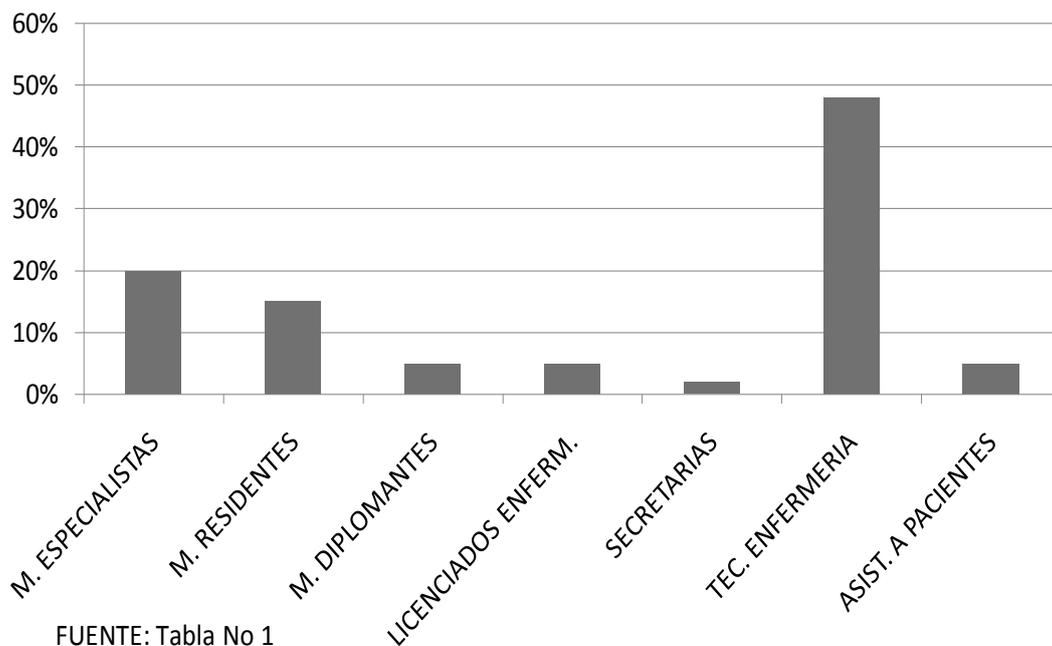
En la UTP labora un total de 72 personas, de ellas se les aplicó la encuesta a 67, para el 93 % de los trabajadores (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los encuestados, según experiencia laboral y formación bioética

Parámetros	Experiencia laboral		
		n	%
Tiempo de ejercicio profesional	< 2 años	40	60
	2-5 años	15	22
	6-15 años	9	14
	> 15 años	3	4,0
	Formación en bioética	SI	32
	NO	35	55

Entre los entrevistados hubo un predominio del personal capacitado en salud, que destacó el de enfermería, con un 48 % del total; seguido por los médicos especialistas (20 %) y de los médicos residentes (15 %) (Gráfico).

GRÁFICO No 1. COMPOSICIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ENCUESTADO. UTP. HDCQ JOAQUÍN ALBARRÁN. ENERO-MARZO 2013



El 60 % de los encuestados lleva trabajando en la UTP menos de dos años, por el elevado número de enfermeros que se ha incorporado a la unidad; los trabajadores con experiencia entre 2 y 5 años constituyó el 22 %, mientras que solo el 4 % tenía una experiencia mayor de 15 años. Esta desproporción podría ser una condición desventajosa en el momento de establecer un diálogo apropiado con el paciente o sus familiares.

Otro factor importante que también puede influir negativamente a la hora de establecer una relación adecuada es que el 55 % de los trabajadores no tenían conocimientos básicos de ética médica, aspecto que se debe tener en cuenta para la implementación de cursos o adiestramientos sobre este aspecto; sin embargo, la mayoría de los encuestados conocían de la existencia del consentimiento informado (Tabla 2).

Tabla 2. Preguntas aplicadas sobre la utilización y significado del consentimiento informado

Preguntas aplicadas	SI	NO	A veces	No contesta
1. ¿Conoce que existe un consentimiento informado escrito sobre los procedimientos de atención al ingreso?	99%*			1%
2. ¿Considera que el consentimiento informado puede optimizar la calidad asistencial?	80%*	10%	10%	
3. ¿Considera que el consentimiento informado puede mejorar la relación médico-paciente?	50%	50%		
4. ¿Considera que el consentimiento informado es un apoyo legal para el personal de la salud?	60%*	10%	20%	10%
5. ¿Considera que el consentimiento informado cumple con los tres últimos aspectos?	80%*	20%		

*p< 0,05

El 99 % de los entrevistados conocía de la existencia del consentimiento informado que se le aplica al paciente o a su familiar (pregunta 1); el que lo desconocía era un

trabajador de servicios generales, incorporado recientemente al servicio. Aunque el 80 % del personal respondió que el consentimiento informado podría mejorar la calidad asistencial (pregunta 2), es significativo que aún un 20 % no lo considere un paso de valor durante el proceso de atención, lo que podría significar que estos trabajadores no piensan que la información al paciente o a su familiar sea un elemento imprescindible durante la atención médica.

Por otro lado, solo el 50 % de los interrogados consideró que este procedimiento puede mejorar la relación médico-paciente (pregunta 3), criterio que orienta a pensar que el personal de salud no aprovecha el momento de aplicar el consentimiento informado como una vía más para establecer o incrementar la empatía con los pacientes y familiares.

También resultó interesante que solo el 60 % de los participantes en el estudio considerara que el consentimiento informado es un elemento de amparo ante algún procedimiento jurídico (pregunta 4), circunstancia que revela que el resto de los trabajadores desconoce que un consentimiento informado bien redactado y aplicado, es un recurso de incalculable valor legal ante una posible situación judicial, especialmente cuando se trata de trabajadores que, por lo general, atienden a personas en estado grave o crítico y que sus familiares pueden interpretar erróneamente algún procedimiento o conducta seguida con el paciente.

Por último, la mayoría de los encuestados (80 %) reconoció que el consentimiento informado es un instrumento útil que cumple con los requisitos de mejorar la relación médico-paciente, la calidad asistencial y es un elemento válido como defensa legal.

Cabe destacar que la mayoría del personal sanitario encuestado no aplica directamente el consentimiento informado de forma oficial ya que son técnicos de enfermería, asistentes a pacientes y secretarías, hecho que denota que en entre los trabajadores se manejan las ventajas del procedimiento, sin que se tenga todavía conocimiento al respecto, de ahí la importancia de implementar actividades de superación sobre bioética a todo el personal de la UTP.

Es imprescindible señalar que el consentimiento informado plantea un reto ético de primer orden a todos los profesionales de la salud.

Con frecuencia los médicos y demás miembros del equipo de salud tienen dificultades para asumirlo porque su formación académica y práctica clínica han estado inculcadas por actitudes de poder y muchas veces paternalistas;⁶ no obstante, implicar lo último, un aspecto positivo: que los profesionales sí suelen estar seriamente preocupados por procurar a sus pacientes el mayor bienestar posible, en especial mediante la realización de una práctica de alta calidad científico-técnica.⁷

Sin embargo, en muchas ocasiones les resulta difícil aceptar que esto deba acompañarse de la renuncia al monopolio del poder de decisión, para compartirlo con alguien, el paciente o sus familiares, quienes se consideran a veces intrusos, incapaces de tomar decisiones en algo tan serio como es su salud y su vida.⁸

Solo si se tiene en cuenta la idea de que los profesionales están también comprometidos moral y éticamente con las decisiones y la relativa autonomía de sus pacientes, se podrá producir paulatinamente el cambio de mentalidad y actitud que implica el consentimiento informado.⁹

Una segunda cuestión que hay que tener en cuenta son los miedos u objeciones concretas que el consentimiento informado suscita entre los profesionales y que hay que ser capaces de neutralizar.^{3,6} Un miedo muy frecuente es la posibilidad de que la información genere en los pacientes una ansiedad innecesaria o influya negativamente en el logro de una oportuna empatía. En este aspecto se debe señalar que todos los estudios realizados⁶ ponen de manifiesto precisamente lo contrario, pues cuando los pacientes reciben una información adecuada sobre las intervenciones a las que van a someterse, la ansiedad y su cooperación no aumenta, sino al contrario, disminuye.

Otro temor frecuente es que con la explicación aumente el rechazo de los pacientes hacia intervenciones que los profesionales consideran necesarias. Bajo esta preocupación moral legítima subyace el típico esquema del paternalismo. Por eso es indispensable subrayar que lo que sea bueno para un paciente es el propio individuo quien debe delimitarlo, ayudado por el consejo y la guía del profesional. Es bueno

destacar que en muchos lugares y con más frecuencia, los pacientes exigen el buen uso del consentimiento informado en sus gestiones médicas.^{8,9,10}

El consentimiento informado no exige que el profesional se coloque en una posición pasiva para evitar interferir en la libertad de decisión del paciente; por el contrario, demanda del profesional que no abandone a su paciente y se implique a fondo, junto con él, en el proceso de toma de decisiones, aconsejándole, e incluso persuadiéndole en una determinada dirección, aunque sin la imposición del criterio.¹¹ Es cierto que en este proceso abierto el paciente puede estimar como mejores opciones las que el profesional considera peores, pero eso no es un mal resultado, al contrario, es de mayor calidad moral que la mera imposición del poder.^{12,13}

Hay que resaltar, en primer lugar, la necesidad de que los profesionales asuman una cultura asistencial que admita el consentimiento informado y optimice la gestión de su tiempo de atención para poderlo incorporar como dimensión básica de su ejercicio profesional. Para ello se debe admitir, sin cuestionamientos, que los profesionales no son omnipotentes, por lo que habrá que inculcar que se adopte esta realidad en su quehacer asistencial, para que incorpore paulatinamente el consentimiento informado a su práctica diaria.^{11,12} Además, los funcionarios deberán reconocer que la incorporación del consentimiento informado a la práctica clínica diaria no se hace sin coste; realizar procesos de consentimiento informado consume tiempo, lapso que tiene un precio que debe tomarse en consideración a la hora de programar y medir la actividad asistencial y de gestionar los recursos.¹⁴

CONCLUSIONES

Aunque existe una percepción general de las ventajas de realizar el consentimiento informado por la mayoría de los trabajadores de la UTP, es necesario incrementar el conocimiento sobre la utilidad el mismo. Como proceso, debe fortalecerse, refinarse y ser un procedimiento a tener en cuenta en el diario desempeño de los profesionales de la salud para garantizar la excelencia en los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas Pérez ME, Flores Rodríguez JL, Singh Castillo G. Ética Médica y Bioética. Perspectiva Filosófica. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
2. Juramento Hipocrático: Códigos Internacionales de Ética. Boletín de la OPS. 1990;108(5-6):619.
3. Garbin CAS, Goncalves PE, Garbin AJI. Consentimiento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales. Acta Odontol Venez [Internet]. 2006 [citado 15 Ene 2014];44(2):261-4. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000200018
4. Zavala Sarrio S, Sogi Uematsui C, Delgado Vásquez A, Cárdenas Díaz M. Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. An Fac Med [Internet]. 2010 [citado 14 Ene 2014];71(2):103-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n2/a07v71n2.pdf>
5. Martell Alonso CA. Batas blancas. Medisur [Internet]. 2007 [citado 15 Ene 2014];5(2):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/265/1224>
6. Casajús Pérez G, Mañas Segura A, Guardia Milá N. Legibilidad formal de los formularios de consentimiento informado. Enferm Clin [Internet]. 2005 [citado 15 Ene 2014];15(1):3-7. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/legibilidad-formal-los-formularios-consentimiento-informado-13071431-originals-2005>
7. Martínez Hernández J, Vera Escolar F, Sáez Miravete S, Díaz Pastor A, González Sánchez A, Melgarejo Moreno A. Aspectos éticos en la evolución de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos. Cuad Bioét [Internet]. 2009 [citado 14 Ene 2014];XX(1):102-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87512350019>
8. Hernández González A, Hermana Tezanos MT, Hernández Rastrollo R, Cambra Lasaosa FJ, Rodríguez Núñez A, Failde I; et al. Encuesta de ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españolas. An Pediatr (Barc). 2006;64(6):542-9.

9. Mezquía de Pedro N. Dilemas bioéticos en cuidados intensivos [Internet]. 2008 [citado 11 Ago 2008]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos45/dilemas-bioeticos/dilemas-bioeticos2.shtml>
10. Oliva Linares JE, Bosch Salado C, Carballo Martínez R, Fernández-Britto Rodríguez JE. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2001 Jun [citado 9 Jul 2014];20(2):150-8. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000200011&lng=es
11. Escalona Veloz R. Consentimiento informado en anatomía patológica como requerimiento ético para la calidad y la excelencia. Medisan [Internet]. 2011 [citado 12 Ene 2011];15(1):138-44. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_1_11/san19111.pdf
12. Viloria N, Mora F. Dilemas bioéticos presentes en una unidad de cuidados intensivos: enfoque multidisciplinario. En: Sociedad Cubana de Bioingeniería, editor. Actas del II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica; 23-25 May 2001. La Habana, Cuba. La Habana: Sociedad Cubana de Bioingeniería; 2001.
13. Rincón M, Carrillo Becerra LM, Camargo MA, Guerrero Guzmán M del P, Gutiérrez Cardona NA, Orduz López A; et al. Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidados intensivos. Rev Latinoam Bioét [Internet]. 2008 [citado 12 Ene 2014];8(2):114-23. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127012550010>
14. Iglesias Lepine ML, Pedro-Botet Montoya J, Pallás Villalonga O, Hernández Leal E, Echarte JL, Solsona Durán JF. Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario. Rev Clín Esp [Internet]. 2007 [citado 6 Feb 2012];207(10):483-8. Disponible en:
<http://www.revclinesp.es/es/consentimiento-informado-opiniones-del-personal/articulo/13111545/>

Recibido: 05/10/2013

Aprobado: 22/07/2014

Anabel Hernández Ruiz. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán Domínguez”. Avenida 26 y Boyeros, La Habana, Cuba. C.P. 10440. anabelhdez@infomed.sld.cu