

El consentimiento informado en la práctica asistencial

Comité Hospitalario de Bioética- Hospital Pediátrico del Niño Jesús

Introducción

El ejercicio de la medicina ha planteado siempre problemas éticos, y exigido al médico una elevada calidad moral desde sus inicios en la época de Hipócrates hasta nuestros días. Sin embargo en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales y legales a los médicos, que ha requerido una adecuada formación, dando lugar a la elaboración de un amplio cuerpo doctrinario de donde surge la bioética médica (término utilizado por primera vez por Potter en 1970).

Varios son los factores principales que desencadenaron una multitud de problemas y conflictos éticos; entre ellos el enorme progreso de la tecnología sanitaria en los últimos 50 años, tales como diálisis, trasplantes, UTI, muerte cerebral, finalmente decidir A quién transplantar, Quién ingresa a UTI o a quién no. A quien reanimar. Cuándo desconectar el respirador. Tecnologías espectaculares del final de la vida, Ingeniería genética, Inseminación artificial. Fecundación in Vitro. Transferencia de embriones. Clonación, etc.; Todo esto que ha obligado a cambiar los procedimientos de la toma la decisión.

La relación medico-paciente es tan antigua como la propia medicina. Al menos desde los albores de la medicina occidental, podemos seguir los abatares de una y de otra, que por lo demás nos son separables. El medico hipocrático consideró un deber moral regirse en el trato con sus enfermos según el llamado “Criterio de beneficencia”, hasta el punto que aun hoy se utiliza para definir este principio, aquella expresión que dice: “favorecer o no perjudicar” o que los latinos la redujeron a un principio mas conciso “primun non nocere”, “en primer lugar no hacer daño”. Este paradigma no ha cambiado drásticamente hasta el año 1969 fecha de la elaboración de los Derechos de los Enfermos, de donde surge el *Principio de autonomía* y con él, el de de la toma de conciencia explícita por parte del enfermo, de sus condición adulta y por tanto de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Por eso hoy, el médico no puede decidir por sus enfermos, ni establecer con ellos relaciones de tipo vertical y paternalista. El enfermo es, mientras no se demuestre lo contrario un ser adulto y responsable que, salvo excepciones debe tomar las decisiones sobre su enfermedad. De ahí que el derecho máximo de los nuevos códigos de los enfermos sea el que se conoce con el nombre de: “Derecho al Consentimiento Informado”.

“El Consentimiento Informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para ha continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a estos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente deben ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”. Según el “Manual De Ética” del colegio de médicos americanos, edición 1984.

Objetivos Generales:

Comparar la utilización del Consentimiento Informado en la practica asistencial en la actualidad, respecto a un estudio sobre su utilización realizado en el año 1998, con similares criterios.

Conocer a través de un muestreo la utilización, en la práctica asistencial, del Consentimiento Informado, elemento constitutivo de los nuevos conceptos médicos, fundamentado por uno de los principios bioéticos: el de Autonomía.

Material y Metodo:

Se realizo un estudio descriptivo, longitudinal, sobre 361 Historias Clínicas extraídas al azar del archivo del Hospital Pediátrico del Niño Jesús, donde no se considero periodo en particular.

CASUÍSTICA: Para el análisis de la casuística se clasifico a la muestra en dos grupos: 1) prestaciones de Consultorio Externo, 2) prestaciones de Internación

- 1) Consultorio externo: considerando a éste como la atención brindada a la demanda en clínica pediátrica y las distintas especialidades ORL, oftalmología, cardiología, rehabilitación, salud mental, traumatología, etc.
- 2) Internación: se ha considerado según sean estas de clínica pediátrica y sus especialidades, o intervenciones quirúrgicas sean estas de cirugía general o especialidades.

El mismo se comparó con el resultado de un estudio similar realizado en 1998 en el Hospital Pediátrico con idénticos objetivos.

Se tomaron registros sobre 4 parámetros :

- a) Consentimiento Informado.
- b) Autorización convencional: llamamos así a la planilla que se hace firmar a los padres al momento de la internación (sea clínica o quirúrgica) y que se realiza como tarea administrativa en los trámites de admisión.
- c) Informe: constancia escrita por el profesional actuante donde manifiesta que se le informó a los padres sobre diagnóstico, pronóstico, planteo terapéutico. No tiene una normativa y es lo que consideramos como un consentimiento informado no reglado.
- d) Nada: no se encontró ningún registro o planilla

Resultados

Tabla 1

Total de HC Revisadas	361		
Total de Prestaciones	466	100%	
	Consultorio Externo	219	46,99%
	Internación	247	53,01%



Grafico 1

Tabla 2 Distribución de Frecuencia y porcentaje de los parámetros analizados sobre el total de la muestra.

	CI	AC	I	N	Total
Prestaciones	16	193	56	201	466
Porcentaje	3,43	41,41	12,02	43,14	100%

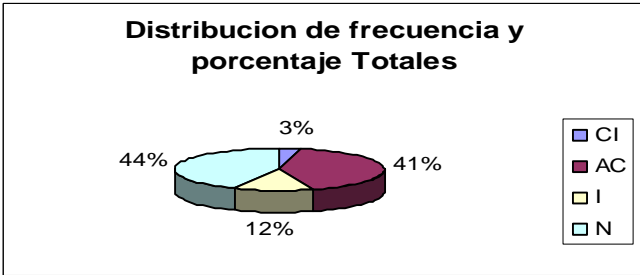


Grafico 2

Tabla 3 Distribución de Frecuencia y porcentaje de los parámetros analizados sobre el grupo 1) Consultorio Externo.

	CI	AC	I	N	Total
Prestaciones	2	1	28	188	219
Porcentaje	0,91	0,45	12,78	85,84	100%

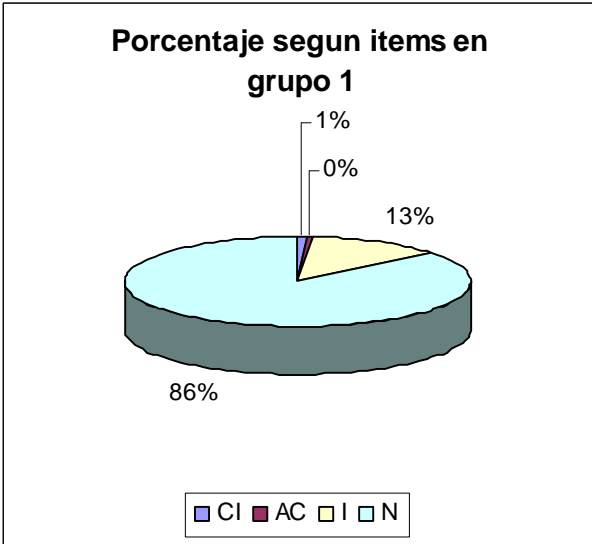


Grafico 3

Tabla 4 Total de Prestaciones en grupo 2 Internación, y sub. grupos de Clínica Médica y Cirugía.

	Cirugía	Clínica Médica	Total
Internación	101 – 40.89%	146 – 59.11%	247 – 100%

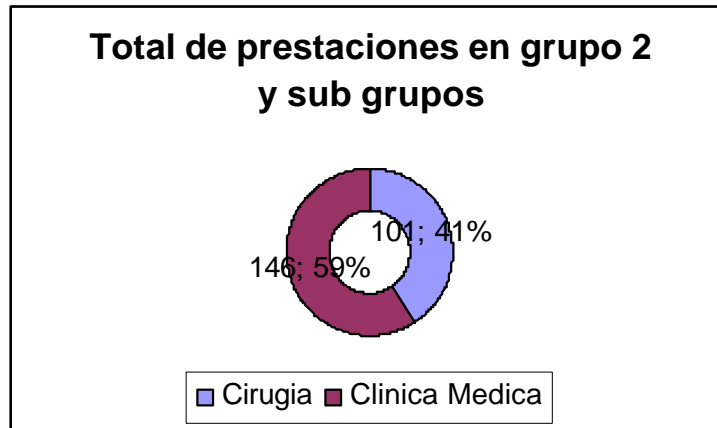


Grafico 4

Tabla 5 Prestaciones según parámetros analizados en el grupo 2 Internación y sub. grupos de clínica y cirugía.

	Internaciones de Clínica	Internaciones Quirúrgicas
CI	11 - 7.53%	3 - 2.97%
AC	109 - 74.65%	83 - 82.17%
I	21 - 14.38%	7 - 6.93%
N	5 - 3.42%	8 - 7.92%
Total	146 - 100%	101 - 100%

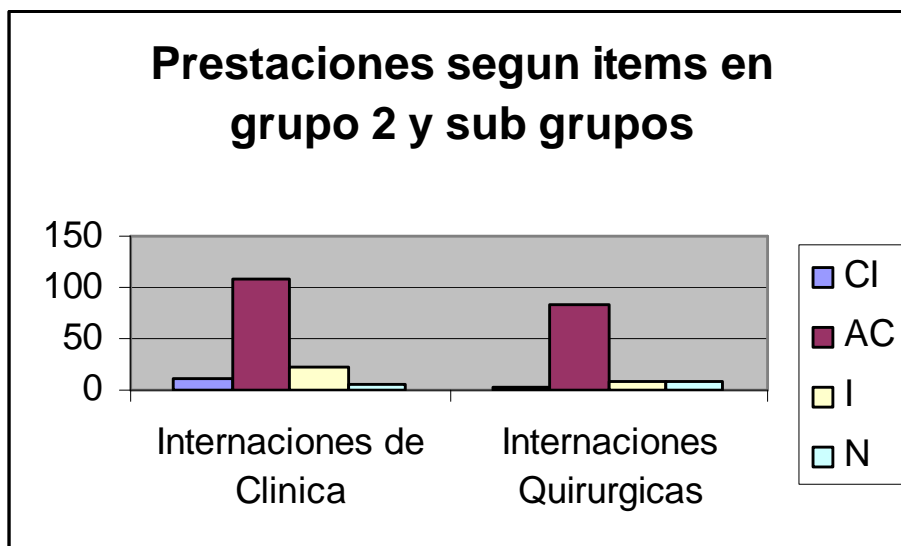


Grafico 5

Tabla 6 Comparación con resultados del estudio realizado en el año 1998, según total de prestaciones discriminadas en los grupos 1 y 2.

Año 1998			Año 2006		
Total de HC Revisadas	101		Total de HC Revisadas	361	
Total de Prestaciones	110		Total de Prestaciones	466	
Consultorio Externo	58	52,72%	Consultorio Externo	219	46,99%
Internación	52	47,28%	Internación	247	53,01%

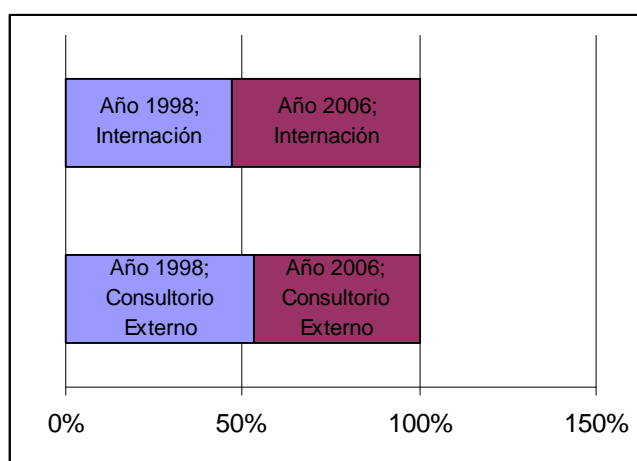


Gráfico 6

Tabla 7 Comparación en relación a la distribución de frecuencia y porcentaje de los parámetros analizados sobre el total de la muestra.

	CI	AC	I	N	Total
Prestaciones 1998	0	44	13	53	110
Porcentaje 1998	0	40	11,81	48,18	100%
Prestaciones 2006	16	193	56	201	466
Porcentaje 2006	3,43	41,41	12,02	43,14	100%

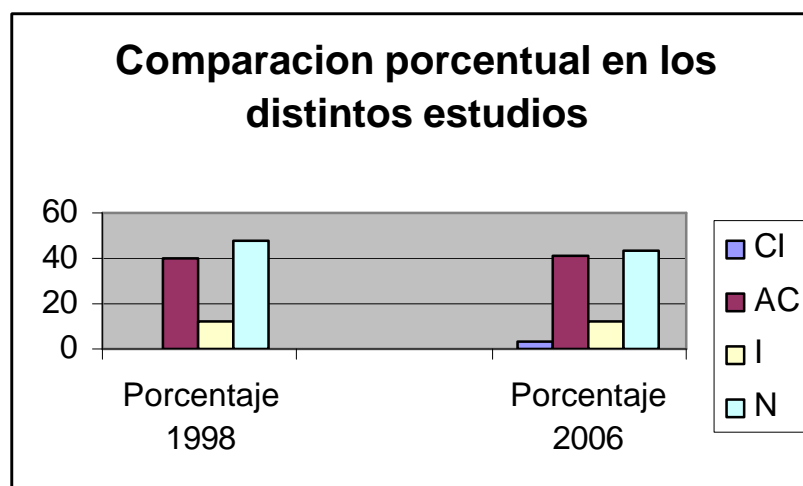


Gráfico 7

Tabla 8 Distribución de Frecuencia y porcentaje de los parámetros analizados sobre el grupo 1, en los diferentes estudios.

	CI	AC	I	N	Total
Prestaciones 1998	0	1	6	51	58
Porcentaje 1998	0	1,72	10,34	87,9	100%
Prestaciones 2006	2	1	28	188	219
Porcentaje 2006	0,91	0,45	12,78	85,84	100%

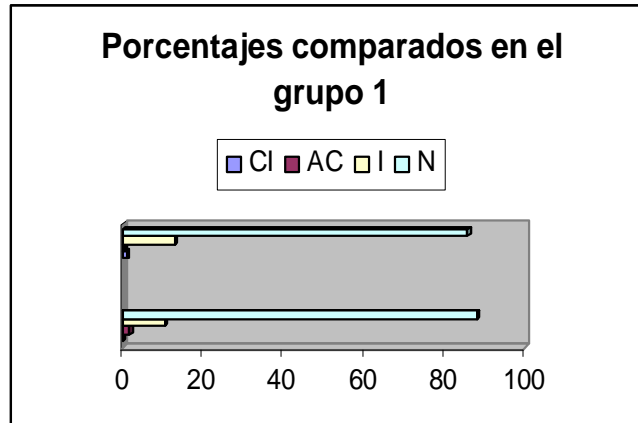
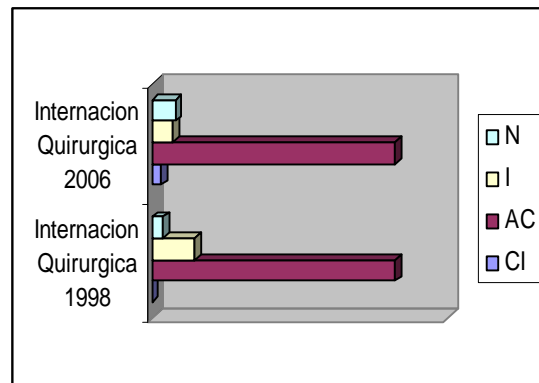
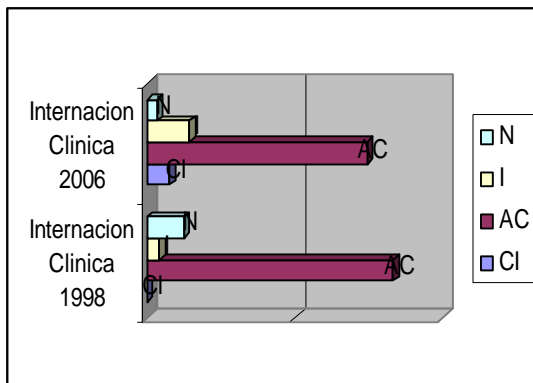


Gráfico 8

Tabla 9 Prestaciones según parámetros analizados en el grupo 2 Internación y sub. grupos de clínica y cirugía, en estudios comparados.

	CI	AC	I	N	Total
Internacion Clinica 1998	0	20 – 83.33%	3 – 12.50	1 – 4.16	24
Internacion Clinica 2006	11 – 7.53%	109 – 74.65%	21 – 14.38%	5 – 3.42%	146
Internacion Quirúrgica 1998	0	23 – 82.14%	4 – 14.28%	1 – 3.57%	28
Internacion Quirúrgica 2006	3 – 2.97%	83 – 82.17%	7 – 6.93%	8 – 7.92%	101



Discusión

Del análisis de los resultados puede observarse que del total de la muestra de internaciones en el año 2006 el 77.73% presentan AC, con una disminución en relación con el año 1998, donde se encontró un 82.69% de AC, esto nos permitiría inferir que han disminuido los controles técnicos administrativos. En relación a los informes (I) en el total de la muestra en el año 1998 era de 11,81%, habiéndose incrementado mínimamente a un 12,02 % en el 2006. Se encontró también que el porcentaje del ítem N en 1998 era de 87,93 para consultorio externo y de 3,84% en internaciones, valores que al 2006 son de 85,84% en consultorio externo y de 5,26% en internaciones, lo que nos podría estar indicando que se informa mas en consultorio externo y menos en internaciones. Con respecto al Consentimiento Informado (CI) cabe aclarar que en el año 1998 no se encontró este ítem, tal vez debido a que no estaba reglamentada la implementación del mismo, situación que ocurrió mediante resolución 1752 de Octubre de 2002; por lo que en el estudio realizado en el 2006 el encontrar un 3,43% (16 CI sobre 466 prestaciones), permitiría señalar su limitada utilización.

Conclusión

En términos generales podemos señalar que si bien se cuenta con los instrumentos para la utilización del Consentimiento Informado (Resolución N° 1752 de Octubre de 2002, del Ministerio de Salud de la Provincia), la tendencia es que el mismo es de reducida aplicación en todas las áreas del quehacer asistencial.

Quizás debido a la falta de información o a otras razones que el presente trabajo no permite determinar, la practica asistencial sostiene de alguna manera el modelo paternalista en la relación medico paciente sin poder girar a modelos autonomistas aceptando la pluralidad de ideas y el reconocimiento de la igualdad de derechos de los pacientes. Creemos también que este giro se puede comenzar a lograr con la participación de los comités de bioética hospitalarios.