

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS
PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. ENERO – MARZO 2012”**

Tesis para optar el título de:

MÉDICO CIRUJANO

FRANCISCO ALBERTO BENAVIDES GODINEZ

**Tacna – Perú
2013**

Asesor:
Med. Marco Rivarola Hidalgo

AGRADECIMIENTOS

Mi sincera gratitud:

- A Dios por darme la dicha de tener a mis padres Francisco y Maritza quienes a diario me demuestran cariño, amor, apoyo y comprensión.
- A mi asesor el Dr. Marco Rivarola Hidalgo por su invaluable amistad, valiosa orientación y apoyo en la presentación del presente trabajo de investigación.
- A la profesora Sissy Mena Ordoñez por su colaboración con la parte estadística y el procesamiento de datos.
- A mi amiga Verónica Condori Chávez por su cariño y apoyo desinteresado para realizar la presentación del presente estudio.
- A todos mis familiares por su apoyo incondicional, así como a todas aquellas personas, compañeros y amigos que me ayudaron en la terminación del presente trabajo.

DEDICATORIA

Con mucho cariño:

- A mis padres, los mejores del mundo, que con su ejemplo han sabido orientarme y apoyarme durante todos los largos años de estudio.
- A mi segunda madre, mi abuelita Antonia Salazar que con sus consejos y enseñanzas me demuestra lo mucho que me quiere.
- A TI, por acompañarme en todas las circunstancias de mi vida.

RESUMEN

El consentimiento informado es un proceso de interacción y comunicación que reconoce dos momentos principales estrechamente vinculados: el de la información (por parte del médico) y el de la comprensión y la toma de decisión informada (por parte del paciente).

Material y métodos: Durante los meses de Enero, febrero y marzo del año 2012, anónimamente se encuestaron a todos los pacientes programados, mayores de 18 años, hospitalizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se aplicó un cuestionario de 22 preguntas.

Resultados: Las características que más sabían los pacientes son: diagnóstico, tratamiento, nombre del médico que le realizó o realizará la operación y posibilidad de hacer preguntas al médico con respuestas que los satisfacen. Desde otra perspectiva lo que menos sabían los pacientes: operación a realizar, riesgos quirúrgicos, peligros y probables complicaciones, pronóstico, beneficios, autorización de administración de medicamentos por parte del médico, posibilidad de negarse a la operación, posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento. El nivel de información que el paciente adquiere luego del consentimiento quirúrgico fue malo en el 63.9% de la población encuestada logrando ser muy bueno en solo el 5.4% de la población encuestada.

Conclusiones: un gran porcentaje de la población encuestada tenía muy poca información luego de haber consentido bajo firma una intervención quirúrgica. En los pacientes encuestados la edad, el sexo y el grado de instrucción se constituyen en variables condicionantes para alcanzar un adecuado nivel de información.

Palabras clave: consentimiento informado, cirugía

ABSTRACT

Informed consent is a process of interaction and communication that recognizes two principal moments closely linked: the information (by the physician) and understanding and informed decision-making (by the patient).

Methods: During the months of January, February and March of 2012, anonymously surveyed all patients scheduled, over 18 years old, hospitalized in the department of Surgery Hipolito Unanue Hospital of Tacna. A questionnaire was applied to 22 questions.

Results: The characteristics knew that more patients are: diagnosis, treatment, name of the doctor doing or perform the operation and ability to ask questions to the physician with answers that satisfy. From another perspective less knew what patients: operation to be performed, surgical risks, dangers and possible complications, prognosis, benefits, medication administration authorization from the physician, to refuse the operation, ability to change your mind at any time. The level of information that the patient acquires after surgical consent was wrong with the 63.9% of the surveyed population getting very good at only 5.4% of the population surveyed.

Conclusions: A large percentage of the population surveyed had very little information after signing consent under surgery. In patients surveyed age, sex and educational level variables constitute constraints to achieve an adequate level of information.

Keywords: informed consent, surgery

INDICE

• Introducción.....	09
• Capítulo I: El problema de investigación.....	11
▪ Fundamentación del problema.....	11
▪ Formulación del problema.....	12
▪ Objetivos de la investigación.....	12
• Objetivo General.....	12
• Objetivos específicos.....	13
▪ Justificación.....	13
• Capítulo II: Revisión bibliográfica.....	16
▪ Antecedentes de la investigación.....	16
▪ Marco teórico.....	20
• Capítulo III: Variables y definiciones operacionales.....	36
▪ Operacionalización de variables.....	36
• Capítulo IV: Material y métodos.....	41
• Capítulo V: Resultados.....	43
• Capítulo VI: Discusión.....	66
• Capítulo VII: Conclusiones.....	74
• Capítulo VIII: Recomendaciones.....	76
• Bibliografía.....	78
• Anexos.....	82

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es un proceso de interacción y comunicación que reconoce dos momentos principales estrechamente vinculados: el de la información (por parte del médico) y el de la comprensión y la toma de decisión informada (por parte del paciente), de manera que se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención después de haber comprendido la información que se le ha dado. De esta manera el consentimiento informado es realmente un proceso; el documento es sólo una señal concreta de que dicho proceso ha ocurrido.

C. Bergese considera que el consentimiento informado no constituye una delegación de responsabilidades del médico hacia el paciente, sino, por el contrario, compartir las mismas.¹

La primera vez que se aplicó legalmente este término a la relación médico-paciente, data de 1957, cuando en un juicio donde se juzgaban obligaciones médicas por haber quedado parapléjico un paciente como consecuencia de una aortografía lumbar, cuyos riesgos no le habían sido advertidos, se expresó lo siguiente: "Un médico viola su deber hacia su paciente y es sujeto de responsabilidades si no proporciona cualquier dato que sea necesario para fundamentar un consentimiento inteligente al tratamiento propuesto... en la discusión de los riesgos se debe emplear una cierta dosis de discreción consistente en la completa revelación de los hechos que es necesaria para un consentimiento informado."²

¹Bergese C. El 99% de los juicios parte de una relación médico-paciente inadecuada. In: Sindicato Médico del Uruguay. II Jornadas de responsabilidad médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 1257.

² Sánchez González MA. El consentimiento informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. CuadProgrRegBioética 1996;(2):77-92.

El significado y la importancia del consentimiento informado, tanto en la investigación como en la práctica médica, han sido expuestos y debatidos en numerosos textos médicos. En lo que refiere a la investigación clínica, el consentimiento informado es un proceso importante, muy bien determinado y definido, cuya esencia y propósitos fundamentales sostienen la decisión consistente y voluntaria controlada por el propio sujeto. Pero en la práctica médica habitual, donde forma parte fundamental de la relación médico-paciente, el proceso no es aún conducido de manera adecuada.

El consentimiento es uno de elementos esenciales de todo contrato, junto con el objeto y la causa conforma la trilogía, sin la cual no existe el contrato como tal. Al enfermo le asiste el derecho de estar informado acerca de su padecimiento, sobre la propuesta de tratamiento, y terapia alternativa. El Consentimiento Informado es una nueva forma de entender la relación médico-paciente, se sustenta en que al enfermo le asiste el derecho de estar informado acerca de su padecimiento, su tratamiento, terapias alternativas, riesgos y probabilidad de resultados adversos, para tomar una decisión correcta.

Por lo anterior, el médico debe circunscribirse al acto autorizado y, salvo una emergencia, no puede extenderse a otros procedimientos no autorizados que determinen la extracción, cercenamiento o lesión de otros órganos.

Es por esto que debemos considerar que el consentimiento informado es un derecho del paciente y un deber del médico consagrado en diversas normas éticas y jurídicas nacionales e internacionales.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

El consentimiento informado sirve para identificar y respetar los mejores intereses del paciente, dándole a cada uno la oportunidad de decidir autónomamente, es decir el derecho del paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones.³

En la actualidad vemos que el paciente no tiene la misma información que el médico sobre su enfermedad, tratamiento, alternativas y consecuencias. Existe lo que se denomina una información asimétrica en ambas partes. Esto hace que el paciente se vea obligado frente a su carencia de conocimientos al respecto, que el médico decida por él sobre las alternativas que le son más convenientes para su curación.⁴

En el contexto actual de la ética en la práctica y la investigación clínica, sería impensable que el profesional de la salud efectuara procedimientos clínicos o diagnósticos o ensayos clínicos, sin antes haber obtenido el consentimiento informado por parte de su paciente o sujeto de investigación, pero en ocasiones se violenta la autonomía del enfermo cuando la obtención del consentimiento informado se limita a que el paciente llene un formato a su ingreso al hospital,

³Faden R.R., Beauchamp T.L: The concept of informed consent. In: Beauchamp T.L., Walters L., ed. Contemporary issues in bioethics, 6th ed. Wadsworth Publishing Belmont, CA 2003:

⁴Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones. Barcelona. Euge. La Llar del Llibre. 1990.

autorizando las maniobras de diagnóstico y tratamiento necesarios; el procedimiento se devalúa a un mero trámite administrativo.⁵

Frente a esta realidad, vemos por conveniente e importante volver a retomar el tema del consentimiento informado, definiendo y fundamentando el proceso, y confrontar la teoría conocida con la realidad, para poder de esta manera examinar la perspectiva de este proceso desde el escenario de la práctica médica actual, y así enfocar los problemas que hacen que sea poco ejecutado, valorado y conocido en su real magnitud.

1.2 Formulación del problema

- ¿Cuáles son las características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas en el Departamento de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero – Marzo 2012?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar las características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas en el Departamento de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero – Marzo 2012.

⁵Octavio Rivero-Serrano e Irene Durante-Montiel. “Ética en la medicina actual”. México, 2008. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm084a.pdf>

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer las características del documento que los pacientes aceptan saber al firmar la autorización para su operación en el Departamento de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero – Marzo 2012
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes que consintieron cirugías programadas en el Departamento de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero – Marzo 2012
- Determinar el nivel de información que el paciente adquiere luego del consentimiento quirúrgico sobre diagnóstico preoperatorio, el tratamiento quirúrgico propuesto, complicaciones, el pronóstico e inquietudes del paciente.
- Determinar el momento en el que firma el consentimiento así como el personal que hizo firmar el documento de autorización para operarse.
- Relacionar las características sociodemográficas con el nivel de información recibido.

1.4 Justificación

La información sobre el diagnóstico, el tratamiento o el procedimiento terapéutico concedido a los pacientes y la forma como obtener esa información de modo que ellos la comprendan, son las grandes preocupaciones de los médicos actualmente para evitar problemas legales en el futuro. Con tales informaciones el paciente, de forma

autónoma, puede decidir a si se somete o no al tratamiento médico ofrecido.

A pesar de los grandes avances, la implementación del consentimiento informado en el escenario quirúrgico puede aún representar un reto para el médico. En la práctica diaria, el consentimiento informado puede ser frecuentemente visto como nada más que una firma del paciente, más que como un complejo proceso deliberativo entre el paciente y el cirujano.

De hecho, los cirujanos deben ser proclives a mantener largas discusiones y algunos estudios incluso sugieren que los médicos frecuentemente comunican información “equivocada” al paciente. Esos estudios destacan el hecho de que los médicos a menudo comunican tipos de información que los pacientes no perciben como importante. Claramente, tanto los mecanismos como el contenido del proceso del consentimiento informado pueden ser subóptimos. Este hecho se refleja en datos empíricos que muestran insatisfacción tanto del médico como del paciente sobre cuán bien se satisfacen los elementos del consentimiento informado.⁶

El consentimiento informado es particularmente importante en el ámbito quirúrgico. Dada la naturaleza basada en procedimientos de la cirugía, el consentimiento informado debe ser una parte integral de la práctica diaria de cada cirujano. Además, los pacientes quirúrgicos necesitan la mayor información y guía, dado que muchos procedimientos quirúrgicos son complicados y los riesgos y beneficios acompañantes son desconocidos por los enfermos por lo que los pacientes frecuentemente encaran la cirugía con un amplio rango de

⁶Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM. “El cirujano y el consentimiento informado”. Intramed [en línea] 2009. URL Disponible en: www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=60063

emociones, desde “una profunda desconfianza hasta una fe incuestionable”, lo que adicionalmente complica el proceso. Percepciones como esas, solidifican la importancia del proceso del consentimiento informado y la necesidad para los médicos prácticos, de reevaluar su propio entendimiento de los componentes esenciales en este proceso, sin mencionar la necesidad de mejorar el entrenamiento de los residentes y estudiantes.

A partir de estas valoraciones y apoyados en la revisión bibliográfica sobre el tema es lo que nos ha llevado a tratar de las características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas en el Departamento de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero – Marzo 2012.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la investigación

Ghulam, Amina T. y colaboradores. “Satisfacción de los pacientes con el procedimiento del consentimiento informado preoperatorio: una encuesta multicéntrica en Suiza2006”. Un total de 3.888 (56%) de 6970 mujeres recibieron el cuestionario y fueron incluidos en el estudio. La mayoría de los pacientes consideró que la información escrita y oral es bueno o excelente, y más del 80% no desea mayor información por escrito. Ciento cuarenta y cinco habría preferido recibir esta información estructurada el mismo día de la decisión de someterse a un procedimiento invasivo, y sólo la mitad de los pacientes fueron tranquilizados por la información proporcionada. Sin embargo, en el 7% aumento de la ansiedad. En el análisis multivariado, una mala calificación del lenguaje y de la descripción escrita de la operación prevista fueron las únicas variables significativamente asociadas con el descontento. La información preoperatoria oral y escrita se adapta bien a los deseos del paciente y las necesidades informativas, permite una conversación estructurada, facilita la documentación, y ofrece una prueba válida de que la información jurídica adecuada ha sido siempre.⁷

⁷Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, KesslerTM. Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey inswitzerland. Mayo ClinProc 2006; 81(3): 307-12. Disponible en: URL: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/81/3/307.abstract>

Aranda, Eliana E. y colaboradores. “La relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía”. República Argentina, 2011. Anónimamente se encuestaron 101 pacientes femeninos y masculinos, de 16 a 79 años, en el Servicio de Cirugía de los hospitales Escuela “Gral José Francisco de San Martín” y “Dr. José R. Vidal” de Corrientes, investigando los siguientes aspectos: motivo de la internación, conocimiento de la enfermedad y del tratamiento a realizar, complicaciones y riesgos de la cirugía, forma de obtener la información y momento de firmar el consentimiento. En 52 pacientes coincidió el diagnóstico proporcionado con el de la historia clínica. Un 46% desconocía su patología, otro 46% la conocía y un 8% poseía conceptos erróneos. El 50% ignoraba que procedimiento le realizaron, 43% lo sabía y el 7% refirió conceptos erróneos. Un 33% conocía otras alternativas terapéuticas, pero el 67% no. Un 62% obtuvo información sobre su patología por parte del médico; el 38% la consiguió en los medios de comunicación. Finalmente 79% firmó el consentimiento antes de operarse, 20% no recordaba cuando lo hizo y 1% firmó después del procedimiento.⁸

González, Daniel y colaboradores. “Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación”. Uruguay, 2010. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 60 pacientes ingresados para cirugía mayor o alta que habían recibido información y aceptado el tratamiento propuesto. Se aplicó un formulario de cinco preguntas. Los seleccionados fueron 39 mujeres y 21 hombres. La mayoría (n=55) dijo haber sido informada de su enfermedad. En 11, la enfermedad

⁸Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 206 – Abril 2011. Aranda, Eliana E. y colaboradores. “La relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía”. República Argentina, 2011. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista206/1_206.pdf

verbalizada no coincidió con el diagnóstico. Los casos de desconocimiento de la enfermedad y de discordancia con el diagnóstico correspondieron a pacientes oncológicos. El tratamiento consentido era desconocido por 13 pacientes. La mayoría (n=33) no conocía completamente los riesgos del tratamiento. La mayoría dijo no querer preguntar ni saber más, pero diez pacientes deseaban hacer más preguntas.⁹

González, Daniel y colaboradores. “Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico”. Uruguay, 2005. Se analizaron 100 historias clínicas de pacientes sometidos a procedimientos de cirugía general de coordinación y urgencia en el Hospital Maciel en el período comprendido entre los meses de abril y junio de 2003, las cuales incluyen un formulario de consentimiento genérico preexistente no diseñado por nosotros. Se pudo comprobar que en 34 casos no se había solicitado el consentimiento en forma escrita. Por otro lado, al considerar la oportunidad de la cirugía (coordinación, urgencia), en 9 de los 41 operados de coordinación y en 25 de los 59 intervenidos de urgencia, no lo tenían. A su vez, se comprobó que en 8 casos de los que sí tenían consentimiento, había errores en su realización. Como conclusiones, se comprueba el alto porcentaje de procedimientos quirúrgicos en los cuales el consentimiento informado en forma escrita no se lleva a cabo, y en aquellos en que sí se lo hace se constata una serie de errores conceptuales y de

⁹RevMedUrug 2010; 26: 25-31. González, Daniel y colaboradores. “Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación”. Uruguay, 2010. DISPONIBLE EN: <http://www.rmu.org.uy/revista/2010v1/art4.pdf>

forma. Esto nos permite plantear que aún existe cierto desconocimiento e incomprensión de su importancia.¹⁰

Rodríguez Almada, Hugo. “Seudoconsentimiento informado en Uruguay”. 2002. Se presentan tres casos en los que previamente al acto médico se requirió del paciente la firma de un formulario genérico de consentimiento informado. La firma de los pacientes no fue precedida de la información necesaria, constituyendo así un seudoconsentimiento carente de validez ética y jurídica. Esta modalidad, que pretende la protección legal del médico, resulta ineficaz e incluso puede constituir una práctica de riesgo en tanto deteriore la relación médico-paciente. Se concluye que una mejor práctica en torno al consentimiento informado en Uruguay implicaría: Ser entendida como parte del acto médico y no como un acto administrativo; que la información siempre fuera verbal, aunque en actos médicos de riesgo pueda documentarse la voluntad del paciente en la historia clínica y que en caso de emplearse un formulario-tipo, este fuera completado por el médico de acuerdo con las características particulares del paciente y de la enfermedad.¹¹

Cabrejos Bejarano, Jesús Eduardo. “Evaluación del Registro del consentimiento informado y del Nivel de información recibida por los pacientes en el servicio de cirugía del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologurem” EsSalud del Callao. Junio – Agosto 2003”. El formulario del consentimiento informado se encontró en el 95,33% de los casos de las historias clínicas

¹⁰ González D, Rodríguez H, Berro G. “Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico”. Rev. Méd. Urug. v.21 n.4 Montevideo dic. 2005. Disponible en URL: <http://www.rmu.org.uy/revista/2005v4/art5.pdf>

¹¹ Rodríguez Almada, Hugo. “Seudoconsentimiento informado en Uruguay”. RevMedUrug 2002; 18(1): 89-93. Disponible en URL: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2002v1/art-11.pdf>

revisadas, pero su registro fue adecuado en solo 77,66% de los casos. El nivel de información recibida por los pacientes para otorgar el consentimiento informado fue malo o no adecuado en el 60,33% de los encuestados, logrando considerarse adecuado en solo el 5,00% de los casos. En los pacientes del servicio de cirugía del HASS la edad, el sexo, el grado de instrucción, la ocupación y el tipo de operación a que fueron sometidos constituyeron variables condicionantes para alcanzar un adecuado nivel de información con el fin de otorgar el consentimiento informado.¹²

2.2. Marco teórico

2.2.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.2.1.1. **Concepto:** Es la aceptación de una intervención médica en forma libre, voluntaria y racional por un paciente, después que el médico le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios luego de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente.

Su ejecución tiene, además de bases éticas, representadas por el respeto a la libertad y autonomía del paciente, bases jurídicas, con representación en el derecho legislado, para cuyo fin el consentimiento informado es un acto jurídico personalísimo del paciente para admitir o rehusar

¹²Cabrejos Bejarano, Jesus Eduardo. "Evaluación del Registro del consentimiento informado y del Nivel de información recibida por los pacientes en el servicio de cirugía del Hospital Nacional "Alberto Sabogal Sologrem" EsSalud del Callao. Junio – Agosto 2003".

uno o varios actos biomédicos concretos en su persona en el contexto de atención médica.¹³

2.2.1.2. Funciones del Consentimiento Informado

En sus dos acepciones, el consentimiento informado cumple importantes funciones dentro del proceso terapéutico, tanto en relación al especialista como al paciente. Estas funciones pueden sintetizarse como sigue:

- a) Promover la autonomía de los individuos.
- b) Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas.
- c) Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.
- d) Evitar el fraude y la coacción.
- e) Alentar al auto evaluación y auto examen de los profesionales de la salud.
- f) Disminuir recelos y aliviar temores.
- g) Introducir en la medicina una mentalidad mas probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre.

En principio el Consentimiento Informado es necesario en la medida que es un consentimiento expícito, y aconsejable cuantos mayores sean los riesgos de la intervención,

¹³Fernández Lara, Danitza y colaboradores. "Consentimiento informado en medicina". Acta méd 2005;3(1):59-61. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2005/am051k.pdf>

por lo cual el Consentimiento Informado debería de formar parte de la historia clínica.

2.2.1.3. Contenidos que debe tener el Consentimiento Informado

En los documentos que dan pie al Consentimiento Informado de cualquier especialidad médica se deben de tener en cuenta los siguientes ítems:

- a) Datos del paciente
 - a.1. Nombre completo
 - a.2. Dirección
 - a.3. Teléfono
 - a.4. Edad
 - a.5. D.N.I.
 - a.6. Sexo
- b) Nombre del médico tratante
 - b.1. Nombre completo
 - b.2. Número del colegio médico
- c) Diagnóstico. Nombre del procedimiento específico.
- d) Descripción del procedimiento: información breve de lo que se va a realizar. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica.
- e) Información acerca de los beneficios.
- f) Información acerca de los riesgos.
- g) Alternativas de tratamiento.
- h) Riesgos sin el procedimiento.

- i) Autorización para el uso de anestésico: tipo de anestesia, riesgos.
- j) Autorización para transfusión.
- k) Autorización para toma de tejidos.
- l) Autorización para procedimientos adicionales.
- m) Declaración de decisión autónoma: Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
- n) El paciente debe acreditar que ha entendido.
- o) Paciente acredita que respondieron sus dudas.
- p) No garantía de los resultados.
- q) Firma y huella digital del paciente apoderado.
- r) Fecha.
- s) DNI del paciente apoderado.
- t) Firma del médico quien realiza la intervención quirúrgica.
- u) Firma y huella digital de un testigo.
- v) DNI de testigo.
- w) Datos del Hospital y/o servicio.
- x) Membrete del hospital.¹⁴

¹⁴ Zárate Cardenas, Eduardo. "Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú". SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC

2.2.1.4. Condiciones que debe reunir el paciente para que el Consentimiento sea considerado valido, en este sentido deben conjugarse ciertos elementos básicos:

Para que un paciente pueda dar un consentimiento auténtico, tras haber recibido toda la información adecuada, debe ser una persona competente (que ejerza su autonomía), que actúe voluntariamente (libre de coerciones e influencias), y que haya comprendido adecuadamente y en su totalidad la información recibida.

Sin embargo, más que un formulismo o requisito legal, el consentimiento informado es un derecho del paciente y una responsabilidad del profesional médico.

Competencia: solo una persona competente puede dar un consentimiento informado valido legalmente, ya sea el paciente y/o familiar. En el caso de menores de edad o de enfermos mentales corresponde asumir esta competencia al familiar o tutor responsable.

Voluntariedad: para que el consentimiento sea valido debe ser otorgado libremente y sin ninguna coerción, sobre el proceso de decisión del paciente. Ejemplo un médico no puede solicitar el consentimiento de su paciente planteándole la disyuntiva de firmar o no ser atendido.

Información: es el medio con que cuenta el paciente para poder opinar y tomar libremente las decisiones que considere pertinentes. La información debe ser previa a los procedimientos y/o tratamientos que se deben efectuar al paciente.¹⁵

2.2.1.5. Condiciones que requieren un consentimiento informado

- a) 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.
- b) La realización de una intervención quirúrgica.
- c) La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
- d) La participación en protocolos de investigación.
- e) La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.
- f) La práctica de procedimientos invasivos.

¹⁵ Zárate Cardenas, Eduardo. "Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú". SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC

- g) El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
- h) Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.
- i) En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
- j) El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.

2.2.1.6. Excepciones del consentimiento informado:

- a) Emergencia, que requiere actuación médica inmediata.
- b) Grave riesgo para la salud pública, donde se puede omitir el consentimiento informado para la internación, cuarentena u hospitalización.
- c) Imperativo legal o judicial.
- d) Privilegio terapéutico.

Es ineficaz cuando se solicita para tratamientos por ley como: eutanasia, aborto.

Rechazo por parte del paciente a recibir cualquier tipo de información acerca de su enfermedad.¹⁶

¹⁶ Vázquez Ferreyra. Consentimiento médico informado en la práctica médica. Disponible en: <http://sideme.org/doctrina/articulos/ci-ravf.pdf>

2.2.1.7. Ética en el consentimiento informado:

La ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia.

En la parte del TITULO I DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE del código de ética y deontología nos dice:

Art. 40° El médico debe actuar siempre en el mejor interés del paciente. Ello consiste en hacer de conocimiento del paciente todo acto médico que se haya de realizar con él y, previa comprensión de su contenido, contar con su aprobación plena y autónoma, procurando siempre su mayor beneficio.

Art. 41° El médico tiene el deber de buscar los medios apropiados para asegurar el respeto a los derechos del paciente o su restablecimiento, en caso que éstos sean vulnerados. El médico tiene el deber de respetar y hacer respetar el derecho que tiene el paciente a:

- a) Que se le atienda con consideración y pleno respeto de su dignidad e intimidad.
- b) Elegir libremente a su médico.
- c) Ser tratado por médicos que tengan libertad para realizar juicios clínicos y éticos sin interferencia administrativa que pueda ser adversa al mejor interés del paciente.

- d) Que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, antes de la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento.
- e) Obtener toda la información disponible, relacionada con su diagnóstico, terapéutica y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él.
- f) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, o revocar su decisión.
- g) Conocer el nombre completo del médico responsable de su atención y de las personas a cargo de la realización de los procedimientos y de la administración de los tratamientos.
- h) Que se respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernan.
- i) Que la discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento sean confidenciales y conducidos con la discreción que se merecen.
- j) Que quienes no estén directamente implicados en su atención tengan su autorización para estar presentes.
- k) Recibir información completa en caso que haya de ser transferido a otro centro asistencial, incluyendo las razones que justifican su traslado así como a una explicación sobre las opciones disponibles. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento.

- l) No ser sujeto de investigación o ensayo terapéutico sin su consentimiento informado.
- m) Que se respete el proceso natural de su muerte, sin recurrir ni a un abusivo acortamiento de la vida (eutanasia) ni a una prolongación injustificada y dolorosa de la misma (distanasia).¹⁷

2.2.2. PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

2.2.2.1. Percepción: Proviene del término latino perceptio y se refiere a la acción y al efecto de percibir (percibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender o conocer algo).

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.”¹⁸

¹⁷Código de ética y Deontología. Colegio Médico del Perú

¹⁸Vargas Melgarejo, Luz María. “Sobre el concepto de percepción”. Alteridades, 1994. Disponible en: URL: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

2.2.2.2. Características generales de la percepción

Según la enciclopedia Universal Sopena, la percepción es "la sensación interior resultante de una impresión material, hecha por los sentidos". Para la psicología, la percepción es uno de los procesos cognoscitivos, una forma de conocer el mundo. La percepción "constituye el punto donde la cognición y la realidad se encuentran; es la actividad cognoscitiva más elemental, a partir de la cual emergen todas las demás".

Se considera que la percepción es un proceso cíclico, de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; éstas afectan tanto el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas perceptivos, tanto como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

Como ya dijimos, el acto perceptual se considera cíclico. Este ciclo constaría de dos fases: en la primera, denominada preatentiva, el individuo detecta la información sensorial y la analiza; en la segunda fase, denominada construcción personal, se produce el objeto perceptual específico. En el acto perceptivo se da una constante anticipación de

lo que sucederá, basada en información que acaba de ingresar a los órganos de los sentidos y en "esquemas", patrones que seleccionan la información a procesar en base a criterios probabilísticos extraídos de la experiencia previa - los cuales son modificados a su vez por la nueva experiencia perceptiva - y que dirigen los movimientos y las actividades exploratorias necesarias para obtener más información. Como los esquemas son modificados tras cada experiencia perceptiva y éstos determinan que información sensorial se procesará y cuáles serán los patrones de búsqueda para obtenerla, las siguientes experiencias perceptivas tendrán la influencia de las anteriores percepciones, no existiendo la posibilidad que dos experiencias perceptuales sean idénticas.

2.2.2.3. El proceso de selección de información

a) Análisis de la información sensorial

La información que entra a los sentidos es abstraída por los mecanismos analizadores. Por ejemplo, a nivel visual los analizadores extraen informaciones sobre "color, realzan contornos, determinan la dimensión y la dirección del movimiento de las imágenes visuales"; a nivel de audio "extraen la altura y el volumen de las imágenes acústicas" y "determinan las relaciones

espaciales y temporales entre las señales visuales y las acústicas".

b) El reconocimiento de pauta pasivo y activo

El reconocimiento de pauta podría establecerse de modo pasivo como activo.

El reconocimiento pasivo constituiría una ejecución automática y eficiente del análisis de los hechos sensoriales entrantes. De este modo, se reducen las posibilidades perceptuales a un número pequeño, de fácil manejo.

El reconocimiento activo consistiría en hacer coincidir propiedades sintetizadas internamente con las señales analizadas; esta permitirá detectar la información ambigua, incorrecta o faltante. Este proceso permitiría, de acuerdo al significado, al contexto y las expectativas del material ya presentado, reducir a un número pequeño de señales el conjunto de estímulos a analizar.

2.2.2.4. La percepción lingüística.

Para la percepción del lenguaje es necesario:

- a) Descomponer el habla en sus componentes lingüísticos básicos, comparar lo que escuchamos con información ya almacenada en

la memoria de largo plazo y ejecutar el análisis sintáctico y semántico indispensable para determinar el significado del mensaje".

En una primera instancia, la onda auditiva debe recrearse en un correlato fisiológico en el Sistema Nervioso Central. Posteriormente, debe transformarse la señal para que cuente con la misma codificación fisiológica que tienen los datos de la memoria a largo plazo. Para esto debe hacerse abstracción de las peculiaridades de la persona que habla o incluso de la fuente de la información, que puede ser la letra impresa; para esto pueden usarse los tipos de reconocimiento de pauta pasiva como activa. Finalmente, de acuerdo al contexto en que el individuo se encuentra, atenderá a la información y la procesará.

2.2.2.5 La percepción visual

Según Bayo, citando la teoría de Gibson, la percepción visual dependería de la "estimulación ordinal", o sea, a la disposición particular de los rayos luminosos que inciden en la retina humana, ya que "el organismo no puede responder a la dirección y al carácter de los rayos como tales, ya que cuando la energía luminosa que incide sobre la retina es uniforme la percepción no existe" (Bayo, 1987, pag.52). Así, la percepción de "borde" o "contorno" se daría por la existencia de un salto de elementos, del tipo "cccccooooo" (c=claro;o=oscuro); la textura

se da con un formato "ccccooccccoo" y un gradiente de textura como "coooccoooccccoooccccoo". De este modo, la fotografía con división de colores, si bien a la cercanía aparece como un conjunto aleatorio de puntos de colores, a la distancia se percibe con los mismos contornos y texturas del original, ya que nuestros ojos no responden a la estimulación luminosa en sí, sino al orden en que esta se encuentra. Los analizadores serían las entidades que reconocen estas pautas y las envían a la memoria sensorial, la cual enviará la información a la consciencia de acuerdo a la pertinencia de la información.

"Distintos niveles neurológicos son responsables de la dirección de las características específicas de la imagen retiniana, de su incorporación al sistema y de su combinación con la información previamente almacenada. El resultado final de este procesamiento, que se inicia en la imagen retiniana, es la experiencia perceptiva".

Hoy en día se considera que el procesamiento de información visual en el cerebro se representa de manera fragmentaria. La misma señal se reorganiza y se analiza por partes, diferentes secciones del cerebro trabajan sobre diferentes aspectos del mensaje. La información visual se procesa región por región; cada célula del sistema visual tiene un campo receptivo, una porción de la retina a la cual está asociada.

2.2.3. ESCALA VIGESIMAL

La escala de calificación vigesimal, es aquella escala que comprende un listado de notas, que van desde la nota mínima 00 hasta la nota máxima 20, la cual considera lo siguiente:¹⁹

Malo: 0 - 10

Regular: 11 - 13

Bueno: 14 -17

Muy bueno: 18 - 20

¹⁹ MATEO ANDRES, Joan. Evaluación educativa: su práctica y otras metáforas. Barcelona: Harsori Editorial. 2000.

CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Operacionalización de las variables

Variables	Indicadores	Categorización	Escala
Recepción de la información	¿Le hicieron firmar algún tipo de autorización para su operación?	SI NO	Nominal
	¿Le dijeron cuál era su diagnóstico?	SI NO	Nominal
	¿Le explicaron cuál era el tratamiento?	SI NO	Nominal
	¿Comprendió cuál era el tratamiento?	SI NO	Nominal
	¿Le explicaron cuál era el pronóstico?	SI NO	Nominal
	¿Comprendió cual era el pronóstico?	SI NO	Nominal

	¿Le explicaron que operación le harían?	SI NO	Nominal
	¿Comprendió qué le harían en su operación?	SI NO	Nominal
	¿Le informaron sobre los riesgos quirúrgicos?	SI NO	Nominal
	¿Comprendió cuáles eran los riesgos?	SI NO	Nominal
	¿Le explicaron sobre los peligros y probables complicaciones?	SI NO	Nominal
	¿Comprendió la información acerca de los peligros?	SI NO	Nominal
	¿Comprendió la información acerca de las probables complicaciones?	SI NO	Nominal
	¿Le explicaron sobre los beneficios que puede obtener?	SI NO	Nominal

	¿Comprendió cuáles eran los beneficios que podía tener?	SI NO	Nominal
	¿Le explicaron que Ud. también autorizaba a que se le administre medicamentos, tratamiento que el médico considere necesarios?	SI NO	Nominal
	¿Pudo hacer preguntas que consideró necesarias y el médico le dio respuestas que la satisfacen?	SI NO	Nominal
	¿Le explicaron que si quería podía negarse a la operación?	SI NO	Nominal

	¿Le informaron sobre la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento?	SI NO	Nominal
	¿Sabe el nombre del médico que le realizará o realizó la operación?	SI NO	Nominal
Factores sociodemográficos	Edad	<30 [30 - 39] [40- 49] [50 - 59] >59	De intervalo
	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Grado de instrucción	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Superior incompleta Superior completa	Ordinal
	Ocupación	Ama de Casa Empleado público Estudiante Pensionista Profesional activo Trabajador independiente	Nominal
Nivel de información	Valoración	Malo Regular Bueno Muy bueno	Vigesimal

Brinda información	Personal asistencial	Médico Interno de medicina Enfermera Técnico de enfermería	Nominal
Consentimiento de la cirugía	Momento de firmar	Antes de la operación Después de la operación	Nominal

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los meses de Enero, febrero y marzo del año 2012, se realizó un cuestionario a todos los pacientes programados, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que fueron hospitalizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que firmaron el consentimiento informado.

Para elegir la población tuvimos que tener en cuenta los criterios de inclusión para el estudio, encontrando una población de 147 pacientes post-operados del servicio de cirugía entre los meses de Enero - Marzo 2012.

Todos los pacientes encuestados tuvieron en su historia clínica un formulario de consentimiento informado aceptando el tratamiento propuesto.

Los pacientes que participaron aceptaron voluntariamente responder un breve cuestionario, previo a ser informados de los objetivos de la investigación y del compromiso del entrevistador de dar un manejo anónimo a los resultados, y que la aceptación o rechazo a participar en este trabajo de investigación no estaría relacionada, de ninguna manera, a un cambio en las actitudes de los médicos o del resto del personal de salud hacia ellos.

En el momento de la entrevista al paciente se procuró que las preguntas propuestas fuesen bien comprendidas por los pacientes, para lo cual se procuró formularlas en un lenguaje adecuado a su nivel de instrucción, dentro de un ambiente de respeto, cordialidad, y confidencialidad, dándole

opción a expresar sus opiniones y repreguntas, con el objeto de calificar sus respuestas de la manera más objetiva posible.

El cuestionario se basó en un total de 22 preguntas que evaluaron las características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas de las cuales a las 20 primeras se les asignó un valor para determinar el nivel de información de dichos pacientes. Las preguntas 21 y 22 nos ayudaron a responder nuestro 4° objetivo. Todas las entrevistas realizadas fueron hechas únicamente por el investigador

También se utilizaron las historias clínicas de todos los pacientes encuestados para corroborar el diagnóstico y el nombre del médico consignado en las mismas con la información que tenía el paciente.

Las respuestas se registraron en un formulario de recolección de datos en el que, además, consta edad, sexo, grado de instrucción y ocupación. Los resultados se expresaron en frecuencias simples y porcentuales teniendo en cuenta cuales son las características recibidas por los pacientes y se presentaron en tablas. También hemos relacionado las características socio-demográficas con el nivel de información recibido.

Se realizó el Procesamiento estadístico de la información recogida mediante el software estadístico: SPSS para procesamiento de datos, llevando a cabo las pruebas estadísticas necesarias en los casos pertinentes. Para esto se usó un PC, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP.

Las variables se contrastaron mediante la prueba del chi-cuadrado y el valor p a considerar será <0.05 .

CAPÍTULO V
RESULTADOS

TABLA N°01

**SEXO Y GRUPO ETÁREO DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON
CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO
2012**

		Total	
		N	%
Sexo	Masculino	71	48.3%
	Femenino	76	51.7%
	Total	147	100.0%
Grupo etáreo	< 30	25	17.0%
	30 - 39	40	27.2%
	40 - 49	28	19.1%
	50 - 59	23	15.6%
	> 59	31	21.1%
	Total	147	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- Del total de pacientes el 51.7% corresponde al sexo femenino; el 48.3% al sexo masculino.
- Del total de pacientes el 27.2% está entre 30 y 39 años de edad; seguido del 21.1% que son los mayores de 59 años. Sólo un 17% de la población estudiada es menor de 30 años.

TABLA N° 02

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012

		Total	
		N	%
Grado de instrucción	Primaria incompleta	30	20.4%
	Primaria completa	10	6.8%
	Secundaria completa	47	32.0%
	Secundaria incompleta	30	20.4%
	Superior incompleta	14	9.5%
	Superior completa	16	10.9%
	Total	147	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- Del total de pacientes el 32% tiene un nivel secundario completo, seguido del 20.4% que corresponden a primaria y secundaria incompleta. Sólo un 10.9% de todos los pacientes tienen un grado de instrucción superior completa.

TABLA N° 03

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012

		Total	
		N	%
Ocupación	Ama de casa	46	31.3%
	Empleado público	13	8.8%
	Estudiante	9	6.1%
	Pensionista	2	1.4%
	Profesional activo	5	3.4%
	Trabajador independiente	72	49.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- Se consideró como **AMAS DE CASA** a aquellos pacientes que realizaban actividades solamente dentro de su hogar. En cuanto a los **EMPLEADOS PÚBLICOS**, fueron aquellas personas que laboraban para el estado realizando actividades administrativas y de servicio sin ser profesionales.
- Fueron agrupados como **ESTUDIANTES** los pacientes que cursaban estudios en universidades, institutos u otros, de manera exclusiva sin trabajar ni tener profesión u oficio.
- Del mismo modo fueron reunidos como **PENSIONISTAS** aquellas personas que ya no laboraban para ninguna entidad ni de manera independiente, subsistiendo únicamente de su pensión de jubilación o cese.
- Los **PROFESIONALES ACTIVOS** estuvieron constituidos por personas que ejercían sus profesiones en la práctica pública o privada.

- Se catalogó como TRABAJADORES INDEPENDIENTES a personas que laboraban sin depender de ningún empleador.
- El 49% de toda la población encuestada refirió tener un trabajo independiente, seguido del 31.3% quienes respondieron realizar actividades solamente dentro de su hogar y un 8.8% dijeron ser empleados públicos. Sólo un 1.4% de la población dijo ser pensionista.

TABLA N° 04

**CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS
PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. ENERO – MARZO 2012**

Características de la información recibida por lo pacientes		Ficha	
		n	%
¿Le hicieron firmar algún tipo de autorización para su operación?	No	6	4.1%
	Si	141	95.9%
	Total	147	100.0%
¿Le dijeron cual era su diagnóstico?	No	30	20.4%
	Si	117	79.6%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron cuál era el tratamiento?	No	62	42.2%
	Si	85	57.8%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron cuál era el pronóstico?	No	112	76.2%
	Si	35	23.8%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron que operación le harían?	No	82	55.8%
	Si	65	44.2%
	Total	147	100.0%
¿Le informaron sobre los riesgos quirúrgicos?	No	120	81.6%
	Si	27	18.4%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron sobre los peligros y probables complicaciones?	No	130	88.4%
	Si	17	11.6%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron sobre los beneficios que podía obtener?	No	121	82.3%
	Si	26	17.7%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron que usted también autorizaba a que se le administre medicamentos, tratamiento que el médico considere necesarios?	No	130	88.4%
	Si	17	11.6%
	Total	147	100.0%
¿Pudo hacer preguntas que consideró necesarias y el médico le dio respuestas que lo satisfacen?	No	60	40.8%
	Si	87	59.2%
	Total	147	100.0%
¿Le explicaron que si quería podía negarse a la operación?	No	113	76.9%
	Si	34	23.1%
	Total	147	100.0%
¿Le informaron sobre la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento?	No	119	81.0%
	Si	28	19.0%
	Total	147	100.0%
¿Sabe el nombre del médico que le realizará o realizó la operación?	No	61	41.5%
	Si	86	58.5%
	Total	147	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

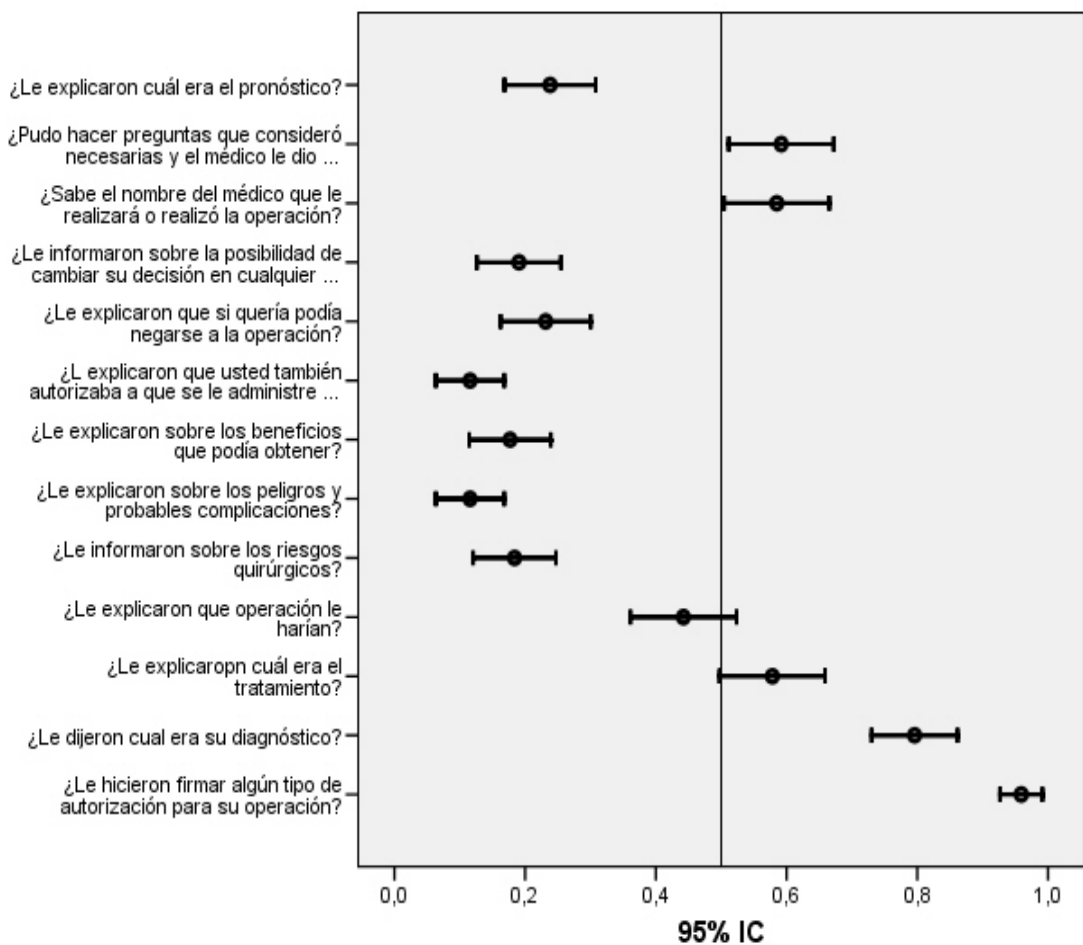
- Del total de pacientes el 95.9% dijeron que si les habían hecho firmar la autorización para su operación; el 4,1% dijo no haber firmado algún tipo de autorización para su operación.
- Del total de paciente el 79.6% dijeron que les habían dicho cuál era su diagnóstico; el 20.4% dijeron que no les habían dicho cuál era su diagnóstico.
- Del total de pacientes el 57.8% dijeron que si les habían explicado cuál era el tratamiento; el 42.2% dijeron que no les habían explicado cual era el tratamiento.
- Del total de pacientes el 76.2% dijeron que no les habían explicado cual es el pronóstico de su enfermedad; el 23.8% dijeron que si les habían explicado cual era el pronóstico de su enfermedad.
- Del total de pacientes el 55.8% dijeron que no les habían explicado que operación le harían; el 44.2% dijeron que si les habían explicado que operación le harían.
- Del total de pacientes el 81.6% dijeron que no les habían informado sobre los riesgos quirúrgicos; el 18.4% dijeron que si les habían informado sobre los riesgos quirúrgicos.
- Del total de pacientes el 88.4% dijeron que no les habían explicado sobre los peligros y probables complicaciones; el 11.6% dijeron que si les habían explicado sobre los peligros y probables complicaciones.
- Del total de pacientes el 82.3% dijeron que no les habían explicado sobre los beneficios que podía obtener; el 17.7% dijeron que si les habían explicado sobre los beneficios que podía obtener.
- Del total de pacientes el 88.4% dijeron que no les habían explicado que también autorizaban a que le administren medicamentos, tratamiento que el médico considere necesarios. El 11.6% dijeron que si les habían explicado que también autorizaban a que les administren medicamentos, tratamiento que el médico considere necesarios.
- Del total de pacientes el 59.2% dijeron que si pudieron hacer preguntas que consideraron necesarias y el médico les dio respuestas

que los satisfacen. El 40.8% dijeron que no pudieron hacer preguntas que consideraron necesarias y el médico les dio respuestas que los satisfacen.

- Del total de pacientes el 76.9% dijeron que no les habían explicado que si querían podían negarse a la operación. El 23.1% dijeron que si les habían explicado que si querían podían negarse a la operación.
- Del total de pacientes el 81% dijeron que no les habían informado sobre la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento. El 19% dijeron que si les habían informado sobre la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Del total de pacientes el 58.5% sabe el nombre del médico que le realizó la operación. El 41.5% dijeron que no sabían el nombre del médico que les realizó la operación.

GRÁFICO N°01

CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012



El gráfico 01 muestra el total de las características recibidas por los pacientes que consintieron cirugías programadas de donde podemos afirmar con un intervalo de confianza al 95% que en cuanto a si le explicaron que operación le harían, riesgos quirúrgicos, peligros y probables complicaciones, beneficios, administración de medicamentos por parte del médico, posibilidad de negarse a la operación, posibilidad de

cambiar su decisión en cualquier momento, pronóstico fueron características negativas. En cuanto a diagnóstico, tratamiento, nombre del médico que le realizó la operación, posibilidad de hacer preguntas que considere necesarias fueron características positivas.

TABLA N° 05

**COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS
PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. ENERO – MARZO 2012**

Comprensión de la información recibida por los pacientes		N	%
¿Comprendió cuál era el tratamiento?	No	64	43.5%
	Si	83	56.5%
	Total	147	100.0%
¿Comprendió cual era el pronóstico?	No	112	76.2%
	Si	35	23.8%
	Total	147	100.0%
¿Comprendió qué le harían en su operación?	No	82	55.8%
	Si	65	44.2%
	Total	147	100.0%
¿Comprendió cuáles eran los riesgos?	No	121	82.3%
	Si	26	17.7%
	Total	147	100.0%
¿Comprendió cuáles eran los peligros?	No	131	89.1%
	Si	16	10.9%
	Total	147	100.0%
¿Comprendió la información acerca de las probables complicaciones?	No	121	82.3%
	Si	26	17.7%
	Total	147	100.0%
¿Comprendió cuáles eran los beneficios que podía tener?	No	130	88.4%
	Si	17	11.6%
	Total	147	100.0%

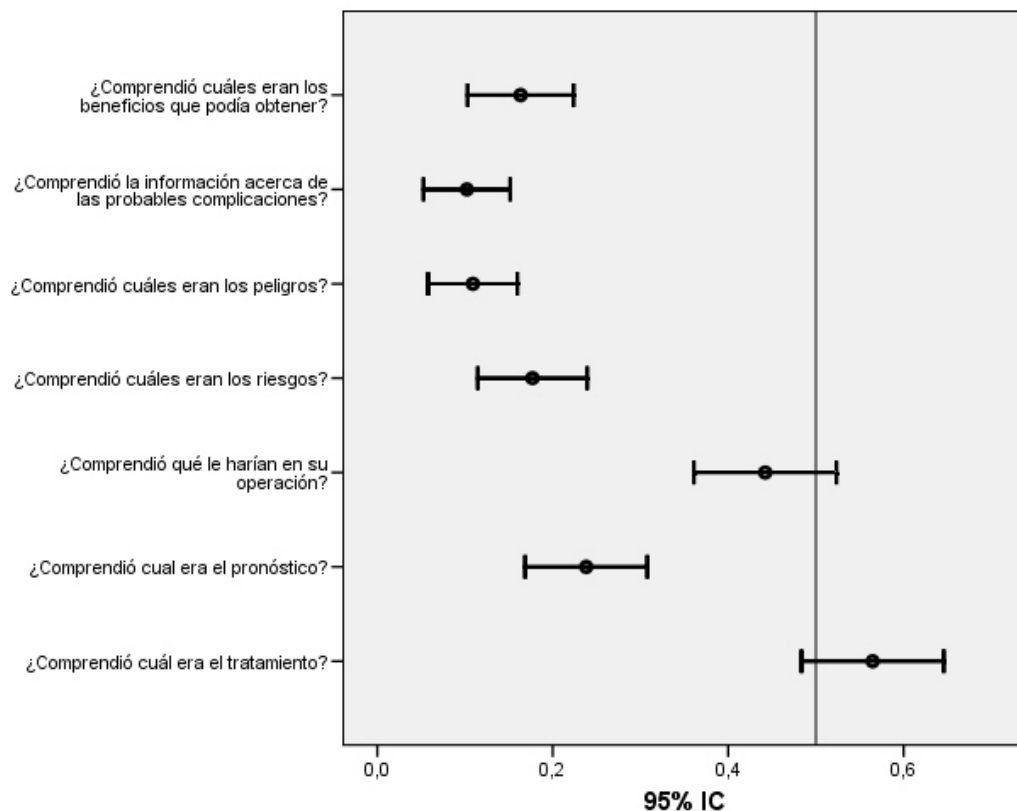
Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- El 56.5% de todos los pacientes dijeron que si comprendieron cual era el tratamiento de su enfermedad.
- El 76.2% de todos los pacientes dijeron que no comprendieron cuál era el pronóstico de la enfermedad.
- El 55.8% de todos los pacientes dijeron que no comprendieron que le harían en su operación.
- El 82.3% de todos los pacientes dijeron que no comprendieron cuales eran los riesgos de la operación.

- El 89.1% de todos los pacientes dijeron que no comprendieron cuales eran los peligros de la operación.
- El 82.3% de todos los pacientes dijeron que no comprendieron cuales eran las probables complicaciones.
- El 88.4% de todos los pacientes dijeron que no comprendieron cuales eran los beneficios que podía obtener.

GRÁFICO N°02

COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012



El gráfico 02 muestra el total de las características comprendidas por los pacientes que consintieron cirugías programadas de donde podemos afirmar con un intervalo de confianza al 95% que en cuanto a si comprendieron el pronóstico, que le harían en su operación, riesgos, peligros, probables complicaciones, beneficios fueron características negativas. En cuanto a si comprendieron cual era el tratamiento fue una característica positiva.

TABLA N° 06

**PERSONAL QUE HIZO FIRMAR EL DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN
A LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS
EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012**

		N	%
¿Quién le hizo firmar la autorización para operarse?	Médico	56	38.1%
	Interno de Medicina	89	60.5%
	Enfermera	2	1.4%
	Técnico de enfermería	0	0.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- El 60.5% del total de los pacientes dijeron que el interno de medicina es el que les hizo firmar la autorización para operarse seguido del 38.1% quienes dijeron que fue el médico el que les hizo firmar la autorización. Sólo el 1.4% dijo que la enfermera es la que les hizo firmar la autorización para operarse.

TABLA N° 07

**MOMENTO DE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN POR LOS PACIENTES
QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. ENERO – MARZO 2012**

¿Cuándo firmó la autorización para operarse?			
Antes de la operación		Después de la operación	
N	%	N	%
147	100.0%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- El 100% de los pacientes afirmaron haber firmado la autorización para operarse antes de la operación.

TABLA N° 08

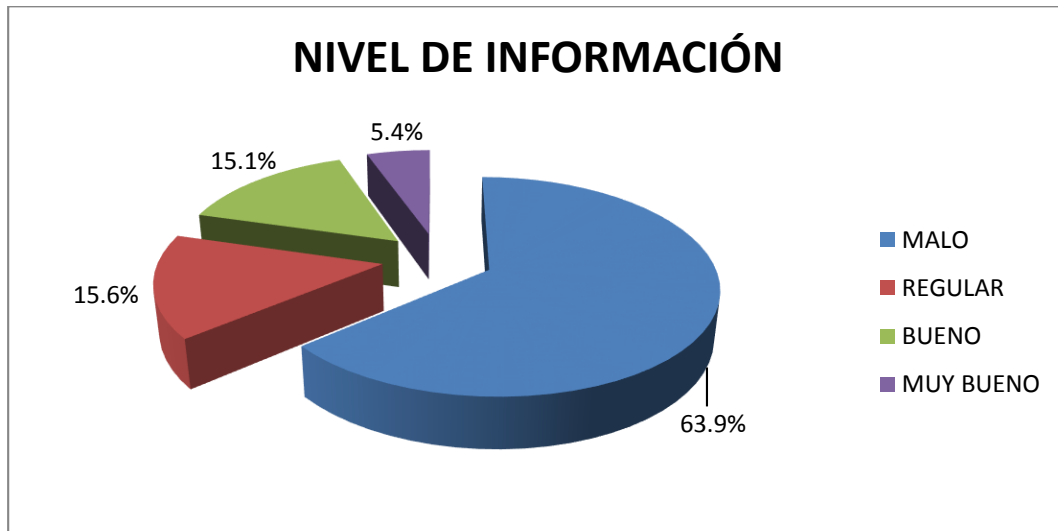
**NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON
CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO
2012**

		Total	
		N	%
Nivel de Información	Malo	94	63.9%
	Regular	23	15.6%
	Bueno	22	15.1%
	Muy bueno	8	5.4%
	Total	147	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- El 63.9% de todos los pacientes encuestados tienen un nivel de información malo seguido del 15.6% quienes tienen un nivel de información regular. Sólo el 5.4% de toda la población encuestada tiene un nivel de información muy bueno.

GRÁFICO N°03



- En el gráfico N°03 podemos ver que el 63.9% de todos los pacientes encuestados tienen un nivel de información malo seguido del 15.6% quienes tienen un nivel de información regular. Sólo el 5.4% de toda la población encuestada tiene un nivel de información muy bueno, y 15.1% un nivel de información bueno.

TABLA N° 09

RELACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN CON LA EDAD DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012

		Grupo etáreo											
		< 30		30 - 39		40 - 49		50 - 59		> 59		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de Información	Malo	15	16.0%	16	17.0%	19	20.2%	21	22.3%	23	24.5%	94	100.0%
	Regular	3	13.0%	11	47.8%	3	13.0%	0	0.0%	6	26.1%	23	100.0%
	Bueno	4	18.2%	9	40.9%	5	22.7%	2	9.1%	2	9.1%	22	100.0%
	Muy bueno	3	37.5%	4	50.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%
	Total	25	17.0%	40	27.2%	28	19.0%	23	15.6%	31	21.1%	147	100.0%

P: 0.013

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- El 24.5% de todos los pacientes con un nivel de información malo eran mayores de 59 años seguido del 22.3% que tenían entre 50 y 59 años.
- El 47.8% de todos los pacientes que tenían un nivel de información regular estaban entre 30 y 39 años seguido del 26.1% que tenían más de 59 años.
- El 40.9% de todos los pacientes que tenían un nivel de información bueno tenían entre 30 y 39 años seguido del 22.7% que tenían entre 40 y 49 años.
- El 50% de todos los pacientes con un nivel de información muy bueno tenían entre 30 y 39 años seguido del 37.5% que tenían menor de 30 años.
- La relación entre el nivel de información y la edad de los pacientes fue significativa.

TABLA N° 10

RELACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN CON EL SEXO DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		N	%	n	%	N	%
Nivel de Información	Malo	38	40.4%	56	59.6%	94	100.0%
	Regular	12	52.2%	11	47.8%	23	100.0%
	Bueno	17	77.3%	5	22.7%	22	100.0%
	Muy bueno	4	50.0%	4	50.0%	8	100.0%
	Total	71	48.3%	76	51.7%	147	100.0%

P:0.020

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- Del total de pacientes que tienen un nivel de información malo el 59.6% son mujeres. El 52.2% de todos los que tienen un nivel de información regular son varones. El 77.3% de todos los pacientes que tienen un nivel de información bueno son varones.
- La relación entre el nivel de información y el sexo de los pacientes fue significativa.

TABLA N° 11

RELACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012

		Grado de instrucción													
		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria completa		Secundaria incompleta		Superior incompleta		Superior completa		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de Información	Malo	26	27.7%	9	9.6%	26	27.7%	22	23.4%	4	4.3%	7	7.4%	94	100.0%
	Regular	3	13.0%	1	4.3%	8	34.8%	8	34.8%	1	4.3%	2	8.7%	23	100.0%
	Bueno	1	4.5%	0	0.0%	11	50.0%	0	0.0%	5	22.7%	5	22.7%	22	100.0%
	Muy bueno	0	0.0%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%	4	50.0%	2	25.0%	8	100.0%
	Total	30	20.4%	10	6.8%	47	32.0%	30	20.4%	14	9.5%	16	10.9%	147	100.0%

P:0.000

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

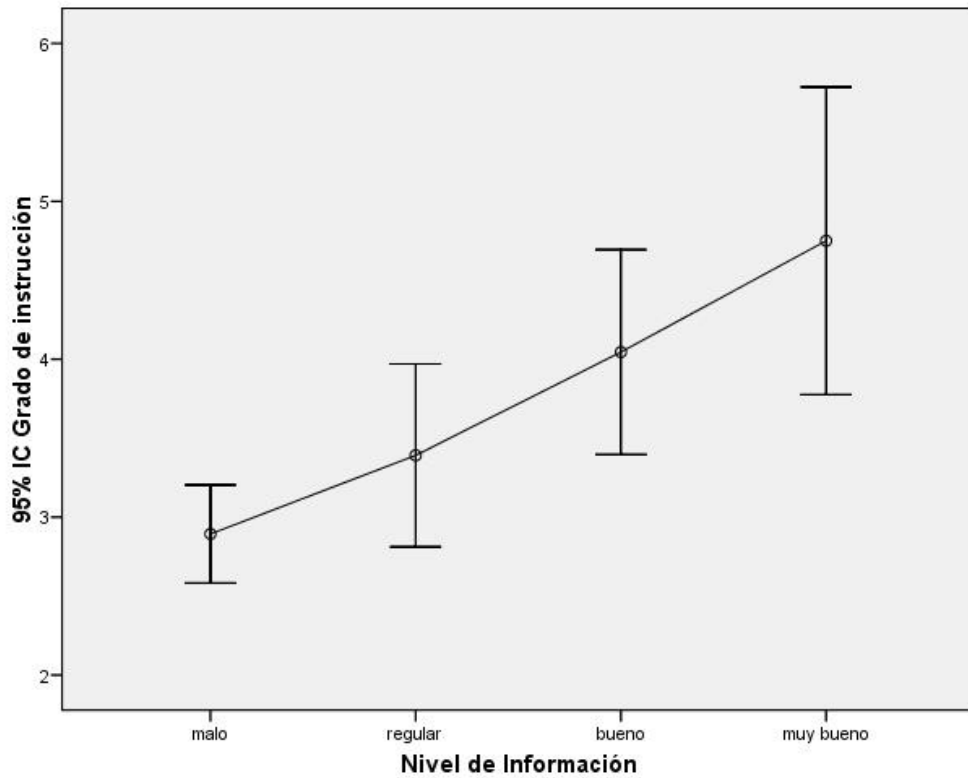
- Del total de pacientes con un nivel de información malo el 27.7% tienen un grado de instrucción primaria incompleta y secundaria completa seguido del 23.4% con un grado de instrucción secundaria incompleta.
- Del total de pacientes con un nivel de información regular el 34.8% tienen un grado de instrucción secundaria completa e incompleta seguido del 13% con un grado de instrucción primaria incompleta.
- Del total de pacientes con un nivel de información bueno el 50% tienen un grado de instrucción secundaria completa seguido del 22.7% quienes tienen un grado de instrucción superior incompleta y completa.
- Del total de pacientes con un nivel de información muy bueno el 50% tienen un grado de instrucción superior incompleta seguido del 25%

quienes tienen un grado de instrucción superior completa y secundaria completa.

- La relación entre el nivel de información y el grado de instrucción de los pacientes fue significativa.

GRÁFICO N°04

RELACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012



- En el gráfico N°04 podemos afirmar con un intervalo de confianza al 95% que a mayor grado de instrucción mejor nivel de información tienen los pacientes.

TABLA N° 12

RELACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN CON LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO – MARZO 2012

		Ocupación													
		Ama de casa		Empleado público		Estudiante		Pensionista		Profesional activo		Trabajador independiente		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de Información	Malo	36	38.3%	7	7.4%	2	2.1%	0	0.0%	3	3.2%	46	48.9%	94	100.0%
	Regular	6	26.1%	2	8.7%	3	13.0%	1	4.3%	1	4.3%	10	43.5%	23	100.0%
	Bueno	2	9.1%	3	13.6%	2	9.1%	1	4.5%	1	4.5%	13	59.1%	22	100.0%
	Muy bueno	2	25.0%	1	12.5%	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	37.5%	8	100.0%
	Total	46	31.3%	13	8.8%	9	6.1%	2	1.4%	5	3.4%	72	49.0%	147	100.0%

P:0.132

Fuente: Cuestionario sobre características de la información recibida por los pacientes que consintieron cirugías programadas

- Del total de pacientes con un nivel de información malo el 48.9% refirieron dedicarse a ser trabajadores independientes seguido de las personas que se dedican a la casa representando el 38.3% de los mismos.
- Del total de pacientes con un nivel de información regular el 43.5% refirieron dedicarse a ser trabajadores independientes seguido del 26.1% que se dedican a la casa representando el 26.1% de los mismos.
- Del total de pacientes con un nivel de información bueno el 59.1% refirieron dedicarse a ser trabajadores independientes seguido del 13.6% que se dedican a ser empleados públicos.

- Del total de pacientes con un nivel de información muy bueno el 37.5% refirieron dedicarse a ser trabajadores independientes seguidos del 25% que se dedican a realizar las labores del hogar.
- La relación entre el nivel de información y la ocupación de los pacientes no fue significativa.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El consentimiento informado es considerado uno de los mayores aportes del derecho a la medicina.

Históricamente ha evolucionado por diferentes etapas, consentimiento voluntario, informado, válido, auténtico. Conceptualmente se ha pasado de una relación vertical, proteccionista, paternalista, a la priorización del principio bioético de autonomía que actualmente debe regirlo. Se constituye pues en un derecho fundamental del paciente y es una exigencia ética y legal para el médico.²⁰

Pese a la abundante bibliografía y a varios pronunciamientos judiciales existentes sobre el tema, los contornos del llamado consentimiento informado aún no han sido bien dibujados. En particular, no existe claridad respecto a los límites de la información que todo profesional debe dar al paciente, y esto complica seriamente la relación médico paciente sobre todo si se tiene en cuenta que la práctica médica más sencilla encierra siempre todo tipo de riesgos para el paciente.²¹

El cumplimiento de ciertos aspectos formales, como la expresión de la voluntad por escrito y la firma del paciente, carece de todo valor ético y

²⁰Cecchetto y Col. "Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina". Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. Junio 2001

²¹Vázquez Ferreyra, Roberto. "El consentimiento informado en la práctica médica". Argentina - 2001

jurídico en ausencia de una adecuada información y una real autonomía del paciente.²²

Obviamente, en ningún caso la firma de un paciente podrá exonerar de responsabilidad a un médico o a una institución en la hipótesis de un daño generado por impericia, imprudencia o negligencia.

Según el código de ética del colegio médico del Perú el médico tiene el deber de buscar los medios apropiados para asegurar el respeto a los derechos del paciente o su restablecimiento, en caso que éstos sean vulnerados. El médico tiene el deber de respetar y hacer respetar el derecho que tiene el paciente a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, antes de la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento.

Toda intervención o procedimiento médico debe ser realizado con el consentimiento informado del paciente. Ello consiste en que el médico informa completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar, comprueba que la información ha sido entendida por éste y, finalmente, el paciente consiente con autonomía.

Los resultados obtenidos con esta investigación muestran que más del 50% de los pacientes encuestados no recibió, no recordó o no pudo verbalizar información relevante para tomar una decisión que resultaba trascendente para su salud y su vida; así también demostró Aranda ⁸ quien concluyó que más del 50% de los pacientes desconocía o tenía conceptos erróneos sobre su patología y procedimiento a realizar. También es

²²Beatriz Noya y colaboradores. "Consentimiento informado, aplicación en la práctica anestesiológica". Uruguay 2006

conocido que los pacientes tienden a percibir sólo las palabras que tienen la capacidad de tolerar.

La escasa información que tenían los pacientes revelada por los resultados obtenidos, pueden explicarse por la mala cantidad o calidad de la información comunicada por el médico, o ambas, pero también por factores dependientes del paciente. La decodificación inadecuada por parte del paciente se puede deber a una incapacidad transitoria o permanente para comprender, que como vimos en el presente estudio se asocia al sexo, grado de instrucción y a la edad de los pacientes.

De igual manera en el trabajo que presentó González y colaboradores quedó evidenciado que el 55% de la población estudiada no contaba con una información adecuada y suficiente luego de haber consentido y documentado por escrito y bajo firma su consentimiento para un procedimiento quirúrgico de envergadura (cirugía mayor o alta cirugía).⁹

El 51.7% de nuestra población estuvo conformada por pacientes del sexo femenino, así como la mayoría de los pacientes que corresponden al 27.2% estuvieron entre las edades de 30 y 39 años seguido de la población mayor de 59 años. Por otro lado el mayor porcentaje de los pacientes encuestados que corresponde al 32% tuvieron un grado de instrucción secundario completo seguido de los que tenían estudios primarios y secundarios incompletos. Casi la mitad de los pacientes encuestados refirieron ser TRABAJADORES INDEPENDIENTES, con esto nos queremos referir a personas que laboran sin depender de ningún empleador.

En nuestro estudio pudimos ver que el sexo masculino es el que mejor nivel de información tenía con respecto a lo que se le iba a realizar. En cuanto al grado de instrucción pudimos evidenciar que los pacientes

quienes habían culminado sus estudios secundarios y lo que cursaban en estudios superiores fueron los que presentaron un mayor nivel de información. Además los pacientes, por así decirlo más jóvenes tenían mejor nivel de información que los pacientes adultos mayores, por lo que podemos atrevernos a decir que el sexo, grado de instrucción y la edad de los pacientes son factores estadísticamente significativos que determinan un mejor nivel de información por parte del paciente.

En comparación con el trabajo de Cabrejos Bejarano¹² quién demostró también que el sexo, grado de instrucción, edad y además la ocupación (variable que no fue significativa en nuestra investigación) fueron condicionantes estadísticamente significativas para obtener un buen nivel de información por parte del paciente.

Sobre las características de la información recibida por los pacientes, resulta significativo que más del 55% de los pacientes tenían información sobre: diagnóstico, tratamiento, nombre del médico que le realizó o realizará la operación y hacer preguntas al médico con respuestas que los satisfacen. Desde otra perspectiva más del 55% los pacientes no tenían información sobre: operación a realizar, riesgos quirúrgicos, peligros y probables complicaciones, pronóstico, beneficios, autorización de administración de medicamentos por parte del médico, posibilidad de negarse a la operación, posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.

Al igual que en el trabajo de Aranda y colaboradores⁸ en el que se encontró que más de la mitad de la población (51.4%) conocía su diagnóstico, de igual manera encontramos en nuestra investigación que un gran porcentaje (79.6%) de los pacientes encuestados conocía cual era su diagnóstico.

Un dato de singular importancia es el alto porcentaje de desconocimiento de los riesgos quirúrgicos, peligros y probables complicaciones de la operación (>55%) por parte de los pacientes. Es innegable que dichos factores se constituyan parte de la práctica quirúrgica, lo que obliga al diálogo sobre los mismos con los pacientes. Esta no es una información que el médico pueda graduar bajo ninguna circunstancia.

Los resultados encontrados no sorprenden a punto de partida de publicaciones anteriores que mostraron estas mismas falencias en el proceso del consentimiento informado, como en el trabajo de Cabrejos Bejarano¹² en el 71.33% de los pacientes dijeron que no les habían explicado sobre las probables complicaciones.

A diferencia de lo que encontraron en el trabajo de Cabrejos Bejarano¹² en nuestra investigación vimos que 55.8% de la población encuestada dijo que no les habían explicado que les harían en su operación; esto permite deducir que aun hoy, en nuestro medio, no se logró asumir la importancia de cumplir con brindar la información adecuada, indispensables para optimizar el tratamiento quirúrgico.

Coincidimos plenamente con Cabrejos Bejarano¹² respecto a que a la gran mayoría de los pacientes (76.9%) no les explicaron que si querían podían negarse a la operación, puesto que el consentimiento médico es la adhesión libre y racional por parte de una persona a un procedimiento que se origina en el equipo médico o de salud relativo al diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y la experimentación, en cuanto una persona tiene la posibilidad de ser capaz de estar informada y de ser libre.²³

²³ "La Investigación Biomédica y el Consentimiento Informado en el ámbito de las Poblaciones e Individuos Vulnerables". Revista de la Unidad de Bioética de la OPS-OMS 2005;11(2):169-181

La práctica de la cirugía supone considerar variados aspectos, desde la maestría de un buen juicio clínico, hasta el cultivo de habilidades técnicas y operatorias avanzadas. Igualmente, es primordial para la práctica quirúrgica la habilidad de desarrollar relaciones interpersonales con los pacientes, que promuevan confianza y faciliten la comunicación.²⁴

Más allá de la dificultad de establecer en qué medida la información no es aportada por el médico o no es asimilada por el paciente, el dato arrojado por los resultados en el que el 40.8% de los pacientes no pudieron hacer preguntas que consideraron necesarias, alerta sobre una falta por parte del médico de satisfacer todas las dudas de los pacientes, ya sea por falta de tiempo o por otros factores.

La literatura extranjera muestra que en otros países también se detectó esta insatisfacción. Un estudio mostró que en el Reino Unido muchos pacientes manifiestan no haber recibido suficiente información y que querían disponer de más tiempo para hablarlo con sus médicos, mientras que en Estados Unidos, en un estudio de Watson, la insatisfacción con la información recibida alcanzó a 60%.²⁵

De igual manera podemos observar que más del 55% de la población no comprendió la información sobre tratamiento, pronóstico, operación a realizar, riesgos quirúrgicos y peligros de la intervención; esto se puede deber a que tampoco se les había brindado la información adecuada sobre estos aspectos a la gran mayoría.

²⁴Childers R, Lipsett y colaboradores. "El cirujano y el consentimiento informado". *Intramed* [en línea] 2009; 208(4): 627-634. Disponible en: www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=60063

²⁵Kusecy colaboradores. "Improving comprehension of informed consent. *Patient Education and Counseling*". 2006; 60(3): 294-300.

Así como en el trabajo de Cabrejos Bejarano¹² en el que se evidenció que más de la mitad de la población encuestada (50.67%) no comprendió que le harían en su operación y probables complicaciones; de igual manera pudimos evidenciar que gran porcentaje de la población (>55.8%) no tenía conocimiento de los mismos.

En consecuencia, la forma escrita del consentimiento, y la firma del paciente, no son un criterio de validez sino un modo de facilitar la prueba sobre la información brindada al paciente y su aceptación del acto médico propuesto.²⁶

Al respecto ha señalado el jurista argentino Vázquez Ferreyra que *“la instrumentación del consentimiento informado no puede pasar por esos formularios absurdos”*, siendo la historia clínica el documento por excelencia para ello.²⁷ Algunos autores no rechazan en forma absoluta el uso de formularios, pero advierten que, si bien pueden tener un cuerpo genérico, deberían ser completados en función de las especificidades del caso concreto, constituyendo un verdadero consentimiento informado *ad hoc*.²⁸

Con respecto al personal que les hizo firmar el documento de autorización para su operación encontramos que el 60.5% de los pacientes dijeron que el interno de medicina es quien les hizo firmar el documento seguido del médico con 38.1%. En comparación con el trabajo de Cabrejos Bejarano¹² en donde encontró que el personal de enfermería es quien tuvo el 35.67% en cuanto hacer firmar el documento de autorización seguido del médico con 34.33%. En nuestra investigación el personal de enfermería es el

²⁶ Aguiar Guevara R. “Consentimiento legítimamente manifestado”. In: Rodríguez Almada H, coord. Derecho Médico. Argentina, 2001

²⁷ Vázquez Ferreyra, Roberto y colaboradores. “Derecho médico y mala praxis”. Argentina, 2000.

²⁸ Galán Cortés, JC. “Responsabilidad médica y consentimiento informado”. Madrid, 2001

menos involucrado a la hora de hacer firmar el documento de autorización.

Además hemos visto que la totalidad de los pacientes dijeron haber firmado el consentimiento informado antes de su operación, hecho que hay que recalcar y tener muy en cuenta en la práctica médica diaria (y con más razón en cirugía), el consentimiento informado suele ser frecuentemente considerado tan solo como una firma del paciente más que como lo que debería ser: un complejo proceso deliberativo entre el enfermo y el cirujano.²⁹

Dada la naturaleza de la cirugía, basada en procedimientos, tácticas y técnicas, los pacientes que van a ser intervenidos necesitan mayor información y guía, dado que muchos métodos quirúrgicos son complicados y tanto los beneficios como los riesgos acompañantes son habitualmente desconocidos por los enfermos.³⁰

En la relación del equipo de salud con el paciente se generan también aspectos emocionales donde un grado de empatía resulta necesario para que dicho aspecto sea positivo y contribuya a contener eficazmente la situación.³¹

²⁹Godinho AM y colaboradores. "Término de consentimiento informado: la visión de los abogados y tribunales". Scielo [en línea] Mar-Apr 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942010000200014&script=sci_arttext&tlng=es

³⁰Nigro R y colaboradores. "Ética y Praxis Algunas Reflexiones". Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. [en línea] Oct. 2004. Año 8. Nº 36. Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/prax1004.htm#1>

³¹Fernández Hierro, José Manuel. "Sistema de responsabilidad médica". 5a Edición, Editorial Comares, Granada, 2007

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Las características que sabían los pacientes en más del 55% de los encuestados son: diagnóstico, tratamiento, nombre del médico que le realizó o realizará la operación y hacer preguntas al médico con respuestas que los satisfacen. Desde otra perspectiva las características que no sabían los pacientes en más del 55% de los encuestados son: tipo de operación, riesgos quirúrgicos, peligros y probables complicaciones, pronóstico, beneficios, autorización de administración de medicamentos por parte del médico, posibilidad de negarse a la operación, posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- El documento para autorizar la operación consta de las siguientes características que los pacientes aceptan saber al firmar el consentimiento: diagnóstico, tratamiento, pronóstico, operación a realizar, riesgos quirúrgicos, peligros y probables complicaciones, beneficios, autorización para que se le administre medicamento por parte del médico, realizar preguntas que considere necesarias con respuestas que lo satisfacen, posibilidad de negarse a la operación, posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento, nombre del médico que le realizó o realizará la operación.
- La mayoría de los pacientes corresponde al sexo femenino con 51.7%; en cuanto al grupo etáreo las dos terceras partes de los pacientes tenían menos de 49 años. Con respecto al grado de instrucción el mayor porcentaje corresponde al nivel secundario y un escaso porcentaje al nivel superior. Dentro de lo que corresponde al

grado de instrucción casi la mitad de los pacientes son trabajadores independientes seguidos de las personas que se dedican a las labores del hogar.

- El nivel de información que el paciente adquiere luego del consentimiento quirúrgico fue malo en el 63.9% de la población encuestada logrando ser muy bueno en solo el 5.4% de la población encuestada.
- El 100% de los pacientes afirmaron haber firmado el documento de autorización antes de la operación. La mayoría de los pacientes quienes representan el 60.5% del total dijeron que el interno de medicina es el que les hizo firmar la autorización para operarse.
- La edad, el sexo y el grado de instrucción son variables estadísticamente significativas que se constituyeron en determinantes para alcanzar un adecuado nivel de información, mas no la ocupación de los pacientes.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- El consentimiento informado es un tema de importancia médico-legal para cualquier profesional de la salud y con más razón para el cirujano, siendo necesario el conocimiento de las leyes existentes en nuestro país, sus aplicaciones en la práctica diaria y la conciencia plena del indispensable respeto de aquellas, tanto para beneficio del paciente como del propio médico, por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos con esta investigación, consideramos muy importante que el Hospital Hipólito Unanue de Tacna capacite al personal asistencial y que aquellas personas que también se dedican a la docencia difundan dicha información a los estudiantes de medicina para de esta manera inculcar, desarrollar y recalcar la importancia de la relación médico-paciente y de la adecuación al medio en que se labora de acuerdo a los principios básicos de la ética.
- Se recomienda tomar como base este presente trabajo para posteriormente poder identificar cuáles son los factores que hacen que el médico de una amplia o escasa información a los pacientes y desde otra perspectiva que personal según el médico sería el indicado para realizar el consentimiento informado.
- Por otra parte, se recomienda una mejora en el proceso de información verbal, es decir expresar un lenguaje que sea adecuado de acuerdo al grado de instrucción de cada paciente, como una forma de proteger los derechos de los pacientes y de practicar la cirugía de

manera más segura, de esta manera se mejora el proceso de la obtención del consentimiento informado.

- Se recomienda profundizar en la responsabilidad del médico en el proceso de obtención del consentimiento informado.
- Se recomienda elaborar modelos de consentimiento informado de acuerdo a las normas internacionales, los mismos que deberían ser adecuados a la intervención quirúrgica a realizarse.
- Se recomienda difundir los resultados obtenidos durante el proceso de investigación en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna para poder concientizar al personal médico sobre la importancia de dar una adecuada y oportuna información acerca del procedimiento a realizarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bergese C. El 99% de los juicios parte de una relación médico-paciente inadecuada. In: Sindicato Médico del Uruguay. II Jornadas de responsabilidad médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 1257.
2. Sánchez González MA. El consentimiento informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. *CuadProgrRegBioética* 1996;(2):77-92.
3. Faden R.R., Beauchamp T.L: The concept of informed consent. In: Beauchamp T.L., Walters L., ed. *Contemporary issues in bioethics*, 6th ed. Wadsworth Publishing Belmont, CA2003:
4. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones. Barcelona. Euge. La Llar del Llibre. 1990.
5. Octavio Rivero-Serrano e Irene Durante-Montiel. “Ética en la medicina actual”. México, 2008. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm084a.pdf>
6. Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM. “El cirujano y el consentimiento informado”. *Intramed* [en línea] 2009. URL Disponible en: www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=60063
7. Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in switzerland. *Mayo ClinProc* 2006; 81(3): 307-12. Disponible en: URL: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/81/3/307.abstract>
8. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 206 – Abril 2011. Aranda, Eliana E. y colaboradores. “La relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía”. República

- Argentina, 2011. Disponible en:
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista206/1_206.pdf
9. RevMedUrug 2010; 26: 25-31. González, Daniel y colaboradores. “Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación”. Uruguay, 2010. DISPONIBLE EN: <http://www.rmu.org.uy/revista/2010v1/art4.pdf>
 10. González D, Rodríguez H, Berro G. “Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico”. Rev. Méd. Urug. v.21 n.4 Montevideo dic. 2005. Disponible en URL: <http://www.rmu.org.uy/revista/2005v4/art5.pdf>
 11. Rodríguez Almada, Hugo. “Seudoconsentimiento informado en Uruguay”. RevMedUrug 2002; 18(1): 89-93. Disponible en URL: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2002v1/art-11.pdf>
 12. Cabrejos Bejarano, Jesus Eduardo. “Evaluación del Registro del consentimiento informado y del Nivel de información recibida por los pacientes en el servicio de cirugía del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” EsSalud del Callao. Junio – Agosto 2003”.
 13. Fernández Lara, Danitza y colaboradores. “Consentimiento informado en medicina”. Acta méd 2005;3(1):59-61. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2005/am051k.pdf>
 14. Zárate Cardenas, Eduardo. “Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú”. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC
 15. Código de ética y Deontología. Colegio Médico del Perú
 16. Vargas Melgarejo, Luz María. “Sobre el concepto de percepción”. Alteridades, 1994. Disponible en: URL: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

17. MATEO ANDRES, Joan. Evaluación educativa: su práctica y otras metáforas. Barcelona: Harsori Editorial. 2000.
18. Cecchetto y Col. "Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina". Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. Junio 2001
19. Vázquez Ferreyra, Roberto. "El consentimiento informado en la práctica médica". Argentina -2001
20. Beatriz Noya y colaboradores. "Consentimiento informado, aplicación en la práctica anestesiológica". Uruguay 2006
21. "La Investigación Biomédica y el Consentimiento Informado en el ámbito de las Poblaciones e Individuos Vulnerables". Revista de la Unidad de Bioética de la OPS-OMS 2005;11(2):169-181
22. Kusec y colaboradores. "Improving comprehension of informed consent. Patient Education and Counseling". 2006; 60(3): 294-300.
23. Aguiar Guevara R. "Consentimiento legítimamente manifestado". In: Rodríguez Almada H, coord. Derecho Médico. Argentina, 2001
24. Vázquez Ferreyra, Roberto y colaboradores. "Derecho médico y mala praxis". Argentina, 2000.
25. Galán Cortés, JC. "Responsabilidad médica y consentimiento informado". Madrid, 2001
26. Godinho AM y colaboradores. "Término de consentimiento informado: la visión de los abogados y tribunales". Scielo [en línea] Mar-Apr 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942010000200014&script=sci_arttext&tlng=es
27. Nigro R y colaboradores. "Ética y Praxis Algunas Reflexiones". Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Asociación de Médicos

Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. [en línea] Oct. 2004. Año 8. N° 36. Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/prax1004.htm#1>

28. Fernández Hierro, José Manuel. "Sistema de responsabilidad médica". 5a Edición, Editorial Comares, Granada, 2007

ANEXOS

ANEXO N°01

Hospital "HIPOLITO UNANUE" de Tacna
Dpto. de Consulta Externa y Hospitalización

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tacna, de 20.....

Yo, de años de edad, con DNI N°

En mi condición de:

Paciente Padre Madre Tutor Representante legal

Otro Especificar

Me he reunido con el Médico tratante Dr., me ha informado sobre:

El diagnóstico, tratamiento y pronóstico de

la Enfermedad. El procedimiento.

La Intervención quirúrgica es: cuya finalidad es lograr la mejoría o recuperación de mi (su) estado de Salud.

Me han informado de los riesgos, peligros, probables complicaciones, así como beneficios que puedo(e) obtener.

Consiento a que se realice:

El procedimiento La intervención Quirúrgica

Se me (le) administre los Medicamentos, Tratamiento que se considere necesario. He realizado la pregunta que considere oportunas y el médico me ha dado respuestas que me satisfacen.

Por lo tanto y libremente SI NO doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de diagnósticos y/o tratamiento arriba señalado.

Estoy también informado sobre la posibilidad de cambiar mi decisión en cualquier momento.

INDICE
DERECHO

.....
FIRMA DEL PACIENTE O
RESPONSABLE
DNI.....

.....
FIRMA DEL MEDICO
CMP.....

.....
FIRMA DEL TESTIGO (OPCIONAL)
DNI.....

REVOCO MI CONSENTIMIENTO
FECHA:
HORA:

.....
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
DNI.....

ANEXO N°02

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES QUE CONSINTIERON CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. ENERO - MARZO 2012”

A continuación usted encontrará la encuesta voluntaria para averiguar sobre la información que recibió para firmar el consentimiento informado. Le agradecemos por su participación y colaboración puesto que será de mucha ayuda que la información que usted nos proporcione sea lo mas real y sincera posible.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario forma parte de un estudio que estamos llevando a cabo con el propósito de averiguar las características de la información que usted recibió para firmar la hoja del consentimiento informado. Para que este estudio sea útil es importante que pienses con cuidado tus respuestas y contestes con la mayor sinceridad posible porque lo que escribas es estrictamente confidencial. La forma correcta de marcar haciendo un círculo en la respuesta que crea adecuada. Si tienes alguna pregunta, no dude en hacerla. Por favor siga las instrucciones que recibas y desde ya muchas gracias por tu participación

I. DATOS GENERALES

a. Número de cama:	
b. Edad:	
c. Sexo:	
d. Grado de	Primaria incompleta () Primaria completa ()

instrucción:	Secundaria completa () Secundaria incompleta () Superior incompleta () Superior completa ()
e. Ocupación:	Ama de casa () Empleado público () Estudiante () Pensionista () Profesional activo () Trabajador independiente ()
f. Momento de firmar el consentimiento	Antes de la operación () Después de la operación ()

II. RECUERDA QUE DEBES CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS Y SELECCIONAR UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA

1. ¿Le hicieron firmar algún tipo de autorización para su operación?

- a) SI (1)
- b) NO (0)

2. ¿Le dijeron cuál era su diagnóstico?

- a) SI (1)
- b) NO (0)

Nómbrelo:.....

3. ¿Le explicaron cuál era el tratamiento?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

4. ¿Comprendió cuál era el tratamiento?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

5. ¿Le explicaron cuál era el pronóstico?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

6. ¿Comprendió cual era el pronóstico?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

7. ¿Le explicaron que operación le harían?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

8. ¿Comprendió qué le harían en su operación?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

9. ¿Le informaron sobre los riesgos quirúrgicos?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

10. ¿Comprendió cuáles eran los riesgos?
 - a) SI (1)
 - b) NO (0)

11. ¿Le explicaron sobre los peligros y probables complicaciones?

a) SI (1)

b) NO (0)

12. ¿Comprendió cuáles eran los peligros?

a) SI (1)

b) NO (0)

13. ¿Comprendió la información acerca de las probables complicaciones?

a) SI (1)

b) NO (0)

14. ¿Le explicaron sobre los beneficios que puede obtener?

a) SI (1)

b) NO (0)

15. ¿Comprendió cuáles eran los beneficios que podía tener?

a) SI (1)

b) NO (0)

16. ¿Le explicaron que Ud. también autorizaba a que se le administre medicamentos, tratamiento que el médico considere necesarios?

a) SI (1)

b) NO (0)

17. ¿Pudo hacer preguntas que consideró necesarias y el médico le dio respuestas que la satisfacen?

- a) SI (1)
- b) NO (0)

18. ¿Le explicaron que si quería podía negarse a la operación?

- a) SI (1)
- b) NO (0)

19. ¿Le informaron sobre la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento?

- a) SI (1)
- b) NO (0)

20. ¿Sabe el nombre del médico que le realizará o realizó la operación?

- a) SI (1)
- b) NO (0)

Nómbrelo:.....

21. ¿Cuándo firmó la autorización para operarse?

- a) Antes de la operación**
- b) Después de la operación**

22. ¿Quién le hizo firmar el documento de autorización para operarse?

- a) Médico**
- b) Interno de medicina**
- c) Enfermera**
- d) Técnico de enfermería**

NIVEL DE INFORMACIÓN (ESCALA VIGESIMAL)

Malo: 0 - 10

Regular: 11 - 13

Bueno: 14 -17

Muy bueno: 18 - 20