

Consentimiento informado

Antecedentes históricos del consentimiento informado

Aunque en la literatura científica médica el concepto "Informed Consent" es citado en nueve ocasiones entre 1930 y 1956, fue utilizado como tal por vez primera en la legislación en 1957 en un recurso judicial en California. Varias sentencias posteriores en Estados Unidos hicieron que el Consentimiento Informado se convirtiera en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos.

En España, ya en 1972, el Reglamento General de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar -directamente o a través de sus allegados- las intervenciones quirúrgicas y actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su gravedad.

En 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó un documento en el que se hacía un llamamiento a los Estados miembros para que tomaran medidas de forma que los pacientes estuvieran completamente informados, y recomendaba la armonización de los derechos de los pacientes, entre ellos el derecho básico del Consentimiento Informado.

En 1986, el Instituto Nacional de la Salud español puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, con la implantación de una Carta de Derechos de los Pacientes. Basándose en los principios recogidos en dicha Carta Magna, la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 10 dice que todos tienen derecho:

5. A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, y alternativas al tratamiento.

6. A la libre elección entre opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública
- cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas
- cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

El formulario escrito de consentimiento representa el soporte documental que verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico.

Elementos que integran el consentimiento informado

Los contenidos mínimos que debería reunir son:

- 1- Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
- 2- Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
- 3- Nombre del procedimiento a realizar, especificando en que consiste y como se llevará a cabo.
- 4- Explicar los beneficios que razonablemente se puede esperar de la cirugía y consecuencia de la denegación.
- 5- Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
- 6- Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.
- 7- Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.
- 8- Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.
- 9- Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
- 10- Satisfacción del paciente por la información recibida y evacuación de sus dudas.
- 11- Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere.

El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la cirugía.

Debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo al nivel cultural de la población a la que está dirigida, en nuestro país no debería superar el nivel de educación primaria.

Es de importancia tener en cuenta que este documento libera al cirujano de responsabilidad por consecuencias previsibles, pero no por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de sus deberes y obligaciones.

El mismo deberá hacerlos firmar el médico tratante, con anticipación a todas las cirugías. Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible aunque no imprescindible, que la firme con testigos.

Definición del consentimiento y requisitos

El "consentimiento informado" se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia. El "consentimiento informado" es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección social, el cual garantiza que el sujeto expresa (después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos y procedimientos del estudio su intención de participar en la entrega de información y en la aplicación de la prueba o instrumento de recopilación de información (encuesta, cuestionario, test).

Los factores condicionantes para el cabal cumplimiento del consentimiento informado son: ausencia de coerción o engaño, capacidad, claridad y autonomía del sujeto consultado o experimentado para tomar decisiones, información completa sobre el qué de la investigación, el cómo y el para qué describiéndose en forma explícita el propósito, el procedimiento, el instrumento de recopilación de información como tal, y la proyección y/o socialización de los resultados obtenidos en dicho proceso.

Algunas aclaraciones especiales

- Un documento que contiene información demasiado sucinta y resumida no es suficiente como documento de "consentimiento informado".
- Los padres de un menor de edad, los terceros responsables o acudientes legales pueden firmar el consentimiento cuando éste no lo pueda hacer, siempre y cuando manifiesten y determinen los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación emocional y física para la adecuada realización del proceso de recopilación de información.
- En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutores) tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Cuando las condiciones lo permitan, si el menor tiene 12 años o más, deberá además prestar éste su propio consentimiento, y para ello debe dársele toda la información y adaptarla a su nivel de entendimiento. En tal caso deben anexarse ambos documentos firmados.
- Se sugiere que el "consentimiento informado" sea firmado por la persona que lo da o su acudiente legal, por el investigador responsable y por el testigo de dicho compromiso, incluyendo siempre el número de identificación de todos los allí presentes.
- Animar a la población sujeto – objeto de la investigación, para que pregunte, o esclarezca toda duda o expectativa que se pueda tener, antes de la aplicación del procedimiento y si fuera necesario también después.
- Dejar siempre la voluntad explícita de los investigadores de respetar la autonomía del investigado, expresada en el libre retiro de la investigación en cualquier momento.
- El documento debe declarar que si el individuo participante rechaza seguir en el proceso, puede continuar asistiendo o recibiendo atención y servicio en dicha institución (universitaria, clínica u Hospitalaria) si lo solicita.
- En la recopilación de información y en la aplicación de pruebas no se puede imponer nunca el interés de la ciencia como justificación para llevar a cabo una prueba o experimento, agrediendo la integridad física de las personas.
- Tener siempre presente en la práctica investigativa la preeminencia de los derechos del sujeto antes que el deseo de eficiencia científica o investigativa.

- En caso de experimentación con sustancias o procesos químicos, el grupo investigador declara su voluntad de posible indemnización o tratamiento en el caso de daño físico o psicológico contemplado en la legislación de salud pública.

Si la voluntariedad, la autonomía y la claridad informativa son elementos esenciales, y "el consentimiento informado" está en relación directa con la escala de valores de cada persona consultada, pueden aparecer algunas distorsiones de su propósito como son:
 Manipulación: debe evitarse el sesgo amañado y el cruce de información.
 Persuasión: debe evitarse la presentación del compromiso a manera de publicidad o mercadeo de un producto.
 Coacción: debe omitirse la presión o amenaza tácita o explícita.

Se recomienda elaborar un documento único para cada procedimiento investigativo, y con las siguientes especificaciones:

- Hacerlo en el momento adecuado, con suficiente anterioridad a la aplicación del instrumento o prueba, evita momentos de tensión, ansiedad o depresión, que deja tiempo para decidir.
- Hacerlo en un lugar adecuado, pues las circunstancias espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona.
- Hacerlo con la persona adecuada: una persona idónea y conocedora de todo el proceso y no un delegado o auxiliar, debe ser en lo posible quien la va a realizar.
- Asegurarse de la claridad con preguntas de realimentación que comprueben la real comprensión.
- Deben evitarse dos extremos, ambos perjudiciales para el real propósito del "consentimiento informado" presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa, o el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación.
- Los consentimientos informados no deben hacerse genéricos: cada procedimiento, con sus objetivos, es un caso distinto.
- Los documentos deben extenderse en lo posible por duplicado, una copia para el grupo o institución que realiza la investigación, la consulta o prueba, y otra copia para el consultado o paciente.

Evolución de la relación Medico-Paciente

Entre los aspectos que se pueden analizar para estudiar la evolución de la relación médico-paciente en cuanto a la autonomía de éste último, señalaremos los siguientes: La constitución de la Medicina como ciencia. La medicina en el pasado ofrecía una mayor posibilidad de elección a los enfermos, por la coexistencia de diversos sistemas o teorías médicas que fueron perdiendo vigencia a favor de un único modelo: la Medicina oficial. Al constituirse la medicina científica, más centrada en la enfermedad y en los medios diagnósticos y terapéuticos, que en el mismo paciente, y expresada en un lenguaje científico. Se incrementó la distancia del paciente y de sus familias respecto del médico. El paciente, cada vez sabía menos y confiaba menos en sí mismo, mientras que el médico, por el contrario, cada vez contaba con más datos, con mejores medios diagnósticos y terapéuticos, por lo que incrementaba su capacidad de decisión.

Paradójicamente, el desarrollo científico, como afirmaba Peabody, empeoró la relación médico-paciente en un momento en que la medicina mejoró sensiblemente. Desde este punto de vista, a lo largo del siglo XX, los enfermos tuvieron menos autonomía que cien años atrás. El desarrollo de las especialidades y los cambios en la organización asistencial producidos a lo largo del s. XX. La medicina hospitalaria, la consolidación de los seguros de enfermedad y de los procesos de colectivización, como la Seguridad Social, todos ellos han modificado el modelo de la profesión médica y han favorecido la aparición de conflictos de interés derivados del hecho de tener que responder, sobre una misma actuación, ante distintos sujetos -el pagador o contratante y el paciente- con intereses diferentes.

Responsabilidad moral en medicina

La Moral es un valor por antonomasia y abarca de un modo integral la actividad humana. Ninguna otra disciplina puede jerarquizar tanto los valores humanos como la Moral. Toda ciencia es autónoma pero, al mismo tiempo, toda ciencia como actividad humana, es decir, realizada por y para el hombre en una dimensión histórica existencial, no puede escapar a los límites que impone la Moral. Y esto es así porque el objetivo de la Moral es el hombre, y éste, como sujeto de finalidad inmanente y trascendente, es un valor supremo, superior a cualquier valor que pueda proporcionar la ciencia o la técnica. Hay quienes sostienen que la Medicina, como ciencia, podría encontrarse al margen de lo propiamente ético, moral y/o religioso. Pero estar al margen no significa estar en contra o ser contrario. El científico debe respetar las leyes y los deberes morales, tiene que poseer una orientación moral. Cuando hablamos de orientación moral en la Medicina no nos referimos específicamente a la ciencia médica como tal sino a sus representantes y cultores, y por ello sostenemos que la persona del médico y toda su actividad científica se mueve en el campo de la Moral. No es lógico hablar de oposición entre Medicina y Moral; esta última no entraña peligros ni obstáculos para el interés de la ciencia.

La Moral en Medicina no se refiere a los límites de las posibilidades y conocimientos teóricos y prácticos sino a los límites de los deberes y derechos del científico como persona; se refiere a la forma en que se alcanzan y se utilizan estos conocimientos.

El médico debe aprender que los dramas morales son tan reales como los fenómenos físicos y su importancia es mucho mayor. La autoridad moral del médico constituye la clave del éxito terapéutico. La técnica sola nunca podrá penetrar hasta la profunda raíz de ese ser misterioso llamado hombre, que tiene necesidades que ni la técnica ni la ciencia pueden satisfacer.

La ley moral nos enseña que la salud es la justa jerarquía de la persona y el hombre, como persona, posee un proyecto existencial con un destino eterno junto a una conciencia creadora que no está referida únicamente al mundo biológico sino también al mundo moral que él mismo puede entrever en las experiencias de su vida. Por desgracia observamos con demasiada frecuencia a médicos que viven atrapados en una sola dimensión en la que prevalece lo material, haciendo culto de la dinerolatría, transformándose en comerciantes de la salud, verdaderos opresores de los enfermos.

El paternalismo como abuso del principio de beneficencia

El paternalismo es la desautorización intencionada de las preferencias o acciones conocidas de una persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción con el propósito de beneficiar o evitar el daño a la persona cuya voluntad está desautorizando.

Para los defensores de los derechos derivados de la autonomía de los pacientes, las obligaciones del médico hacia el paciente de revelar la información de búsqueda del consentimiento, de confidencialidad y de respeto a la intimidad, se establecen primariamente por el principio de respeto a la autonomía.

En contraste, otros autores, consideran tales obligaciones en la beneficencia obligatoria profesional.

La beneficencia ofrece la meta primaria y la razón fundamental de la medicina y la atención sanitaria, mientras que el respeto a la autonomía (y la no maleficencia y la justicia) fijan los límites morales a las acciones profesionales tras la búsqueda de esa meta.

Kant denunció al estado paternalista por restringir benevolentemente las libertades de los sujetos. A Kant le preocupaba un gobierno que cancela la libertad. Nunca consideró la posibilidad de que un modelo paternal de intervención benevolente, aquel que compare al estado con un padre protector, un padre que cuida de un menor incompetente, pudiera ser considerado paternalista

Sin embargo, sucedió lo que nunca supuso. La intervención en la vida de una persona dependiente, esencialmente no autónoma, llegó a ser y sigue siendo el modelo más ampliamente aceptado de paternalismo justificado.

El paternalismo es la desautorización intencionada de las preferencias o acciones conocidas de una persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción con el propósito de beneficiar o evitar el daño a la persona cuya voluntad está desautorizando.

Problemas morales del paternalismo médico:

Cuando los pacientes (sean del tipo que sean) eligen cursos perjudiciales, algunos profesionales sanitarios respetan la autonomía no interfiriendo más allá de intentos de persuasión, mientras que otros actúan beneficentemente protegiéndoles contra las consecuencias potencialmente perjudiciales de sus propias decisiones.

En un artículo clásico, Henderson argumentaba que "los mejores médicos" emplean como guía primaria de referencia lo siguiente: "en lo que sea posible, no hagas daño. Puedes causar daño por el proceso que curiosamente se llama decir la verdad. Puedes hacer daño mintiendo..."

Pero intenta producir el menor perjuicio posible, no sólo en tratamientos con medicamentos, o con el bisturí, sino también con el tratamiento de las palabras".

Paternalismo fuerte y débil

Paternalismo débil: interviene para prevenir accionares involuntarios o no autónomos. Se cumple en el caso de que el paciente este desinformado acerca de la elección a tomar, este bajo una fuerte depresión o en caso de adicciones agudas. Se considera que en estos casos la racionalidad del paciente esta influida por condiciones externas. Los principios en juego son la no maleficencia y la beneficencia.

Paternalismo fuerte: interviene sobre decisiones informadas, voluntarias y autónomas. Violando principalmente su derecho a la autonomía. Debe remarcar que no es el ejemplo a seguir en la practica medica. La autora remarca nuevamente la inviolabilidad de las decisiones del paciente siempre y cuando cumplan con los requerimientos de ser informados, voluntarios y autónomos.

Situaciones de paternalismo justificado

El paternalismo débil no merece ser justificado puesto que ponemos como premisa la racionalidad, y por ello la autonomía, del paciente.

Un accionar paternalista podría estar justificado en los casos en que:

- El beneficio sobrepasa ampliamente el costo (la pérdida de la autonomía y la invasión al libre albedrío)
- La capacidad del paciente para tomar decisiones esta limitada
- La intervención es justificada por las circunstancias, universalmente justificada
- Si el beneficiario justificara el accionar paternalista, en caso de ser racional

Autonomía y confianza

Con independencia de las cuestiones antes enunciadas, el hecho de contar con el enfermo en la asistencia médica no es nuevo: en la relación médico-paciente, el respeto mutuo es esencial. Ni el paciente, ni la familia pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer de un profesional.

Con relación al respeto al paciente, ya en 1952, Laín Entralgo manifestaba: "El médico de hoy ha llegado a plantearse con relativa lucidez intelectual la antinomia que entrañan sus dos actos principales, el terapéutico y el diagnóstico, en cuanto referidos a un ser —el hombre enfermo— que es a la vez naturaleza sensible y persona, principio de operaciones materiales y supuesto racional, paciente de acciones necesarias y autor de acciones libres". Es decir, "el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente personal".

El cuidar al paciente como misión, ¿es una actuación paternalista? Parece más bien una de las manifestaciones propias de la actividad clínica en la que "no es posible tratar de forma abstracta sino concreta e individual".

La significación de la interrelación entre el médico y el paciente ha de ser fuertemente acentuada; ya que, en gran medida, el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de ella y el fallo del médico en establecer esta relación conlleva una gran pérdida de efectividad en el cuidado de los pacientes.

Son muchas las cuestiones que quedan abiertas. Es tiempo de intentar responder a los interrogantes que antes enunciábamos. Es momento para reconsiderar la autonomía del enfermo, algo que no es nuevo en la práctica médica y que afecta directamente a los profesionales y a los enfermos, ya que está intrínsecamente unido a la relación médico-paciente.

Modelos de relación Medico- Paciente

Algunos autores, atendiendo a los diferentes factores que intervienen en la relación, han analizado las distintas formas que puede adoptar la relación médico-enfermo. Entre ellas destacan los modelos, ya clásicos, de Szasz y Hollender, Von Gebstall, y Tatossian. Dichos autores analizan las diferentes actitudes e interacciones entre médico y paciente según el tipo de enfermedad de que se trate aguda o crónica, la mayor o menor capacidad de participación y colaboración del enfermo, el momento del acto médico en que se esté anamnésico, diagnóstico, terapéutico, etc. Aunque como construcción teórica, y por lo tanto artificial, cada modelo enfatiza un factor como determinante de la dinámica de la relación, en la práctica constituyen diferentes puntos de vista de la misma realidad, que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro.

Tipos de relación médico-paciente según el grado de participación

Szasz y Hollender, teniendo en cuenta el grado de actividad y participación de médico y paciente en la interacción, describen tres niveles o modalidades de relación médico-paciente.

El nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por si mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

El nivel 2 o de "dirección del médico y cooperación del enfermo", es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-hijo.

El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento: Así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, enfermedades de la vejez, etc., el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente, que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por si mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir la necesidad y prioridad de una nueva consulta. El prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto.

Como parece lógico, no es que haya un nivel de relación mejor que otro, pero sí uno más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínica dada. Frecuentemente médico y paciente tendrán que

modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias.

Tipos de relación médico-paciente según el grado de personalización

Von Gebattel describe las fases por las que pasa la relación médico-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto médico. Así en una primera fase de llamada, el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónima. En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen "científico" del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.

Finalmente, en la fase denominada de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" enfermo.

Tipos de relación médico-paciente según el objetivo de la relación

Otra forma de entender la relación médico-paciente, propuesta por Tatossian, distingue dos tipos de relación según que la interacción entre el médico y el enfermo sea directamente interpersonal o se halle mediatizada por el órgano enfermo.

En el modelo interpersonal de relación, la enfermedad es considerada como un todo el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación, ya que ésta se establece directamente entre dos personas entendidas en su globalidad afectivo-intelectual. El médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. La actitud del terapeuta resuena sobre la del paciente, de modo que "se pasa de la medicina de una persona a la medicina de dos personas". Es la relación que se utiliza en psiquiatría y más aún en psicoterapia.

En el modelo técnico de servicio de la relación, la atención se centra en el órgano "que no marcha bien" y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo. Se trata de una relación más pragmática, operativa y funcional, dirigida a la obtención de información sobre la alteración del órgano y el tipo de restauración que se pretende. Es el modelo de relación que caracteriza la práctica médica general y las especialidades médicas, y que, si se exagera, corre el peligro de ignorar la personalidad o incluso parcelar el cuerpo físico del paciente, tratando al órgano enfermo, como si de un auténtico objeto se tratara.

Sin duda que ambos modelos se complementan, aunque el objetivo principal de la relación puede variar, según el momento de que se trate. El médico debe prestar atención a los síntomas y a los exámenes de laboratorio, pero sin desatender la relación con el paciente, que es la que le va a proporcionar la comprensión tanto de los síntomas y de su elaboración psicológica como del paciente en su totalidad.

¿Cuáles el papel del familiar en esta relación médico-paciente?

Pareciera que el único responsable del abordaje del paciente es el médico, pero realmente no lo es... El familiar del niño enfermo juega un papel fundamental, a fin de cuentas es el que mejor conoce al enfermo. Cuenta con suficiente información de vital importancia que si por estrés o enojo o por ser muy exigente no la ofrece al médico, lo cual irá en deterioro del diagnóstico de sospecha que se trata de establecer. Por otra parte, es también obligación del familiar el preguntar la condición de su paciente, pedir de una forma cortés la explicación de términos médicos que no entendió o simplemente pedir que le repitan la información que no entendió. No hay justificación de quedarse con dudas sobre diagnósticos o tratamientos.

Por otra parte, deberán ser pacientes, confiar en el o los médicos que están atendiendo a su niño enfermo, y considerar siempre que si aún no se le ha ofrecido el abordaje inicial seguramente siempre será porque desgraciadamente existe algún otro paciente que corre peligro su vida y requiere de una atención más inmediata.

Recomendaciones a los familiares para tener una buena relación médico-paciente.

- 1) Ofrezca a su médico la mayor cantidad de información disponible sobre la enfermedad que se sospecha durante su interrogatorio.
- 2) Dele la oportunidad a su médico de establecer un diagnóstico y tratamiento para determinar posteriormente una buena evolución, téngale confianza.
- 3) Pida siempre que un mismo médico le dé la información a una hora determinada en caso de hospitalización.
- 4) Nunca busque información de muchas fuentes, ya que encontrará contradicciones, lo que generará incertidumbre.
- 5) Nunca se quede con ninguna duda sobre el problema que están tratando de resolver los médicos.
- 6) Si existe mala evolución o no ve mejoría de su paciente hágaselo saber al médico tratante y, de ser

necesario, expóngale su interés de solicitar alguna otra opinión médica.

7) Siempre deberá existir un familiar responsable, quien será el único encargado de otorgar y recibir información de la condición del paciente y éste, a su vez, será el que informará al resto de la familia, de esta forma se evitarán malos entendidos.

8) Recuerde que el trabajo del médico es ayudarlo, ayúdelo, para el beneficio de su paciente.

Conclusión

Esta última monografía trató de dos temas muy importantes, que no pueden dejar de verse y ser estudiados durante la formación del médico.

Con respecto al consentimiento informado, fue un tema totalmente nuevo para mí, y descubrí la importancia que tiene, no solamente es una herramienta de “defensa” legal que hoy en día hay que saber utilizarla a nuestro favor (para evitar consecuencias indeseables) sino también es un derecho del paciente. Creo que es justo para ambas partes que exista, pues la comunicación es fundamental en cualquier tipo de relación, y es sin dudas un pilar fundamental en la relación médico-paciente. El pasaje de la información tanto del paciente hacia el médico como viceversa ayuda a llegar a un buen diagnóstico y genera una buena respuesta en el paciente que gustoso realizará el tratamiento que el médico aconseja; por ende ambas partes salen ganando y logran el objetivo común de la relación que lo une, que es la curación del paciente.

No podemos dejar de mencionar el papel que juega la familia del enfermo. La buena comunicación no solo debe darse con el paciente, sino muchas veces también con la familia, más aún cuando el paciente es menor de edad, anciano o no está en condiciones de tomar decisiones. El médico debe saber que su relación no se limita al paciente que está tratando, sino que existe toda una familia detrás que también quiere saber qué es lo que ocurre, entonces debemos estar preparados para dar explicaciones, siempre y cuando sea necesario y no violemos el secreto profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- *. Beauchamp, Tom L y Childress, James F.; Principios de Ética Biomédica. Barcelona. Masson. 1999.
- *. Mainetti, J. A.; Estudios Bioéticos . Editorial Quirón. 1993
- * Outomuro, Delia; “Manual de Fundamentos de Bioética”; 1º Ed.- Buenos Aires; Magíster Eos, 2004

Paoletta, Agustina

aguspaoletta@hotmail.com

Materia: Bioética I

Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos21/consentimiento-informado/consentimiento-informado.shtml>