

El Consentimiento Informado en Anestesiología – Parte II:

La relación médico – paciente como fundamento del consentimiento informado

María Lorena Ibarra ⁽¹⁾, Paulina Herrera A ⁽²⁾, Victoria Chang-Huang ⁽²⁾

Resumen

1 Médica Residente,
Postgrado de Anestesiología
(B4), Universidad San
Francisco de Quito.
2 Médica Tratante, Servicio
de Anestesiología, Hospital
Carlos Andrade Marín

**Dirección para
correspondencia:**
Dra. Paulina Herrera,
Servicio de anestesiología,
Hospital Carlos Andrade
Marín. Av. 18 de septiembre
3220 y Ayacucho,
Quito-Ecuador
E-mail:
paulinaherrer@gmail.com

Palabras clave
Práctica clínica, Acto médico,
Relación médico-paciente,
Bioética clínica,
Consentimiento informado,
Anestesiología.

Recibido:
17 – Junio – 200

Aceptado:
21 – Noviembre – 2008

En el artículo publicado como primera parte de esta serie, se trató sobre los fundamentos generales del consentimiento informado. En éste reporte se profundiza en la relación médico-paciente y su importancia para la formulación y aplicación del consentimiento informado. Esta relación interpersonal de tipo profesional es parte integral de la ética médica en general y sirve de base para la gestión de salud. En la práctica la relación clínica entre el médico y el paciente se ha dado en diferentes formas, dependiendo de la actitud que toman ambos actores. Para diligenciar un adecuado consentimiento informado en un acto anestésico, el modelo de relación ideal sería el basado en la confianza recíproca, donde el propósito final es la búsqueda de las mejores alternativas para lograr la salud del paciente.

Rev Fac Cien Med (Quito) 2009; 34: 72-78.

Introducción

En el artículo publicado como primera parte de esta serie, se trató sobre los fundamentos generales del consentimiento informado^[1]. En éste reporte se profundiza en la relación médico-paciente y su importancia para la formulación y aplicación del consentimiento informado.

El acto médico tiene especial importancia si lo vemos desde una dimensión humanística y ética, en donde la relación espacio-temporal que se da entre dos seres humanos (uno que está capacitado para resolver cierto tipo de problemas de salud, y otro que acude a él esperando aliviar sus dolencias y curar sus males), juega un rol fundamental^[2]. Esta relación conocida tradicionalmente como relación médico-paciente fue por varios siglos de tipo vertical y asimétrica, en donde el médico ejercía un papel activo, autoritario, y el paciente un papel pasivo y de obediencia. A partir de la década de los años sesenta, inició el proceso de emancipación de los pacientes, convirtiéndose la relación equipo de salud-usuario, en una de tipo progresivamente horizontal. Este es un largo camino recorrido por la medicina desde sus épocas primigenias hasta nuestros días^[3, 4].

Otro punto principal que causaba conflictos antiguamente (incluso hasta la presente fecha), era el hecho de no considerar parte de ésta relación al resto de personal (enfermeras, odontólogos, psicólogos clínicos y otros) que brindaba atención a la salud de los individuos, cuya relación con el paciente era tan intersubjetiva y humana como la del primero^[5, 6]. Por otro lado, tampoco es necesariamente un paciente el que solicita este tipo de atención, ya

que en muchos casos se trata de personas sanas que desean conocer su estado de salud, o simplemente en algún momento de su vida requieren del contacto con personal sanitario. Además interviene un grupo heterogéneo de sujetos que de manera directa o indirecta, influyen y están presentes en la relación y que está conformado por los familiares, amigos, conocidos y representantes legales del paciente. Esto conduce a la necesidad de designar al término relación médico-paciente de una forma mucho más general, involucrando a todas las personas que participan. Se podría hablar entonces de una relación equipo médico-usuario o simplemente una relación clínica o sanitaria-usuario.

La relación médico-paciente es un fenómeno bastante complejo, y se sustenta en una multitud de componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético y estético^{17, 81}. De hecho, la medicina ha sido enfocada desde un especial tipo de relación humana: en la naturaleza del encuentro entre el médico y el paciente. Han sido reveladas diferentes conceptualizaciones de empatía, y dentro de ellas, la empatía como trato humano y la profesional son las que más se ponen de relieve en ésta relación. A través de los años los médicos han tratado de descubrir mayor éxito y respuesta empática en los pacientes llamados "difíciles", como medio de comprender el misterio y la complejidad de las relaciones humanas^{19, 101}.

Relación médico-paciente

Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por conjugar la parte científica con lo espiritual. A diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna¹¹¹. También es conocida como la interacción que se produce entre una persona que se percibe enferma y que acude a un médico o servicio sanitario en procura de alivio o mejoría¹¹².

La relación médico-paciente es una parte integral

principal de la ética médica en general y de la deontología en particular. Ello explica el carácter específico del oficio del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo más íntimo. Este proceso se magnifica si se trata de un procedimiento quirúrgico por toda la ansiedad que esto genera, por lo tanto la confianza sin límites del enfermo al médico cirujano y anestesiólogo, en éste último caso, les exige tener altas cualidades morales. El paciente no es solo un objeto de influencia profesional, sino también, y en primer lugar, un sujeto racional, es una personalidad. Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que ocurren en su organismo^{113, 141}.

Si se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedad sino, como lo señala la definición de la Organización Mundial de la Salud, "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social", entonces es fácil comprender que muy a menudo el hombre acude al médico no solo para recibir la asistencia médica, sino simplemente para hablar de él, de su vida, confesarle qué le duele, o pedirle consejos; recordemos que saber hablar es un don de la naturaleza, pero saber oír es una virtud. Por muchos conocimientos profesionales que tenga el médico, no podrá establecer los contactos necesarios con el paciente y sus familiares, no gozará de su respeto y admiración, si no sabe nada de las particularidades de su trabajo y su vida, si no tiene erudición en otras ramas del conocimiento. Se dice que el médico debe tener las cualidades del científico, el pintor, el filósofo y el artesano, de mucha práctica. Así podrá encontrar la forma adecuada para comprender la vida y la personalidad del hombre.

Modelos de relación médico-paciente

En la práctica esta relación clínica entre el médico y el paciente se ha dado en diferentes formas, dependiendo de la actitud que toman ambos actores en el proceso de interacción que se genera entre ellos, como inclusión para el caso de los adultos, discapacitados y los niños, a los padres o familiares a cargo¹¹⁹.

Modelo paternalista

Es el modelo más antiguo de todos, que surgió casi espontáneamente con el ejercicio de la medicina, debido a la asimetría de conocimiento entre médico y paciente. El médico se transforma en el padre solícito, que quiere lo mejor para su hijo, inspirado en buscar el bien del paciente. De forma recíproca, el paciente acata de forma sumisa las decisiones del médico.

En esta forma de relación, el médico asume unilateralmente la responsabilidad de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, al imponer su criterio mediante la persuasión o la coacción, en tanto que el paciente recibe una información muy limitada y acepta sin objeción la opinión del médico acatando sus resoluciones.

Modelo contractual

Este tipo de relación se va haciendo cada vez más frecuente, especialmente con las subespecializaciones en medicina. En ella el médico tiene especial cuidado en respetar la autonomía de la persona, de tal forma que el paciente (o su representante) toma la decisión de las acciones que se van a seguir.

En este esquema el médico, mediante sus conocimientos y destrezas clínicas, de las que deriva su opinión diagnóstica y terapéutica, se limita a entregar al paciente toda la información acerca de su enfermedad y las alternativas terapéuticas que le parecen más adecuadas, dejando finalmente al paciente la responsabilidad de tomar y asumir las decisiones.

El consentimiento bajo información, como teoría basada en el principio de autonomía, consiste en un proceso dinámico y cooperativo en el cual el médico y un paciente "capaz", intercambian información suficiente y comprensible acerca de las decisiones terapéuticas a tomar, las cuales finalmente quedan principalmente en manos del paciente.

En éste modelo el médico se desliga de asumir un mayor compromiso con lo que significa la realidad humana del paciente, se despoja de su

papel de agente moral, reduciendo el acto médico a una fría relación técnica de información.

Modelo de relación médico – paciente basado en la confianza recíproca

Entre los modelos basados en una relación paternalista, que desconoce las opiniones y valores del paciente, y una relación contractual, que lleva al extremo el respeto por la autonomía del paciente y su derecho a tomar decisiones, y que libera al médico de su papel como agente moral, ha aparecido como modelo ético aquel fundado en la confianza recíproca.

En esta relación la confianza mutua es primordial, de ésta deriva el diálogo en el que se comparten opiniones con respeto y veracidad mutuas, cuyo propósito final es la búsqueda de las mejores alternativas para lograr la salud del paciente.

Para que se de ésta situación el paciente debe confiar en los conocimientos y habilidades del médico y personal sanitario, lo que se consigue con la cabal información de la enfermedad y todo lo relacionado con ella. Es importante que el médico se gane la confianza, acogiendo con calidez los temores e incertidumbres del paciente, guardando la confidencialidad debida y teniendo una actitud abierta y comprensiva para considerar sus opiniones.

El profesional ejerce una actitud que se fundamenta en la ética de la virtud, pues se busca el bien del paciente; además de sus cualidades de alta competencia en lo relacionado con la ciencia, también debe reunir otras como: compasión, fidelidad a la confianza depositada en él, honestidad intelectual, confidencialidad, postergación de todo interés personal, prudencia en el juicio y en las decisiones¹⁴.

Para llegar a adquirir estas cualidades y virtudes, es necesario que el médico las conozca, las desarrolle y las perfeccione a lo largo de su vida profesional, tal como ocurre con toda destreza o conocimiento necesario para ejercer una buena medicina. El respeto a la autonomía, a la no maleficencia, a la beneficencia y a la justicia,

constituye el centro de la relación sanitario-usuario. Las obligaciones de veracidad, de intimidad, de confidencialidad y de fidelidad, forman parte de este gran constructo filosófico y médico en la relación de los profesionales de la salud y los pacientes o sujetos de experimentación^[17-20].

Efecto placebo de la relación médico-paciente

Es importante destacar que las extraordinarias potencialidades terapéuticas de una relación médico - paciente positiva depende de mecanismos actualmente bien conocidos, que se establecen durante el cumplimiento esmerado de las fases de la entrevista y el desarrollo de la relación que en gran parte se facilita por el profundo conocimiento de los factores psicosocioculturales y espirituales que la influyen^[21, 22].

En 1977 Krauss citó las declaraciones de Shapiro y Frank sobre la relación médico - paciente^[23]. Estos científicos valoraron los efectos positivos de la relación profesional en el campo de la salud y concluyeron que existían efectos placebo o inespecíficos que explicaban plenamente las potencialidades terapéuticas. Así, describieron seis relevantes mecanismos:

1. El establecimiento de una relación afectiva profunda y confiada con el terapeuta, que serviría para desarrollar con mayor madurez futuras experiencias interpersonales. En el contexto asistencial del médico generalista, este mecanismo juega importante papel en la facilitación de la comunicación y en la asimilación de orientaciones terapéuticas cuyo cumplimiento estricto resulta relevante.
2. Los efectos sugestivos espontáneos, derivados de la aceptación incondicional de las capacidades del médico para entender el origen de sus problemas y ayudarlo a superarlos.
3. El aporte de nuevos criterios relacionados con las dificultades humanas del paciente y el modo de eliminarlas. Este mecanismo se vincula en mucho al ancestral papel del médico como experto, maestro, y orientador en diferentes ámbitos de la vida.
4. El incremento de la expectación de ayuda

del paciente, mecanismo denominado "El despertar de la esperanza en la curación". El ejemplo más común es la expresión espontánea "usted es el médico que me va a curar". Cuando se logra este despertar, las potencialidades terapéuticas del facultativo están automáticamente magnificadas.

5. La experiencia emocional correctiva espontánea, es decir, la producida sin que el terapeuta la planifique. Donde el paciente encuentra un remanso de seguridad y bienestar al identificar en la actitud de alta profesionalidad del médico y su involucración ante sus problemáticas.

6. La facilitación del despertar emocional con el consecuente incremento de las potencialidades afectivas del enfermo. Es decir el inicio de una nueva relación afectiva, la misma que será de gran trascendencia dependiendo de actitud que tomen los involucrados.

En una posterior revisión se añadieron cuatro nuevos mecanismos:

1. Los efectos positivos derivados de la identificación del médico con alguna persona significativa. Este mecanismo posibilita que en pacientes jóvenes o viejos se establezca una relación con los familiares o amigos cercanos.
2. La mejoría del enfermo como recompensa consciente o inconsciente al médico. Donde la mejoría del enfermo supera las expectativas del médico y se basa en el principio de que toda acción interpersonal exitosa, genera una reacción de igual sentido y una de las más valiosas alternativas de gratificación al equipo de salud es precisamente la mejoría.
3. El mecanismo de la pena compartida implícito en la capacidad del médico para ponerse en la situación de la otra persona y "sentir como ella". La pena compartida toca a menos, es el dicho popular que expresa la realidad de este mecanismo que se manifiesta cuando se da la suficiente importancia al interrogatorio adecuado y la actitud de atenta escucha para que se produzca este efecto placebo.
4. El incremento de la autoestima del paciente al superar su posición de "inferioridad" gracias a la relación bien conducida. Nunca se insistirá

lo suficiente sobre el hecho de que la conducta médica debe ser orientada desde el inicio de la entrevista, a superar la posición de desventaja del enfermo y esto se logra con el saludo afable y respetuoso, el trato amable, la atención solícita y el ajuste de la comunicación del médico al nivel del paciente y su familia.

Estos 10 factores explican en gran parte los relevantes éxitos de los profesionales que valoran en todo su significado esa relación interpersonal de servicios que sirve de base a la mayor parte de las acciones médicas, y deben convertirse en argumento de fuerza para decidir al médico a enfrentar responsabilidades de ayuda psicológica aún en casos aparentemente fuera de su espectro de acciones.

Relación con los familiares del paciente

Se podría decir que existen ciertas diferencias en la relación con los familiares del paciente, dependiendo si se trata de un niño o un paciente adulto.

En el caso de los niños, se tomará en cuenta la edad del paciente, así:

a) En la etapa del recién nacido y del lactante no es posible establecer una comunicación verbal con el paciente; es la madre o el padre quien hace de interlocutor con el médico. El médico debe esforzarse por crear un clima de confianza, observar cuál es la percepción que tienen los padres de la enfermedad del pequeño y el grado de angustia que les crea. Es importante hacer partícipes a los padres de las dificultades diagnósticas y de las posibilidades terapéuticas, en un lenguaje apropiado y con veracidad; y desde el punto de vista de pronóstico, siempre es bueno adoptar una actitud que no sea alarmista ni indebidamente optimista, sino que básicamente sea realista y de apoyo.

b) En el preescolar ya es posible establecer algún grado de comunicación verbal, el médico (pediatra, cirujano, anestesiólogo) debe esforzarse por establecer una relación

de amistad y confianza, tratando de despejar el miedo que puedan suscitar algunos procedimientos físicos.

c) En el escolar, en el cual ya hay alguna capacidad de comprensión, es necesario comunicar al niño en un lenguaje sencillo y comprensible los datos más relevantes de su enfermedad, las alternativas terapéuticas y la evolución que se espera. Los niños son capaces de expresar sus temores y las interrogantes que le surgen a propósito de su enfermedad, es importante darse el tiempo necesario para escucharlo e incluso para animarlo a entregar información acerca de otros aspectos de sus actividades.

d) En los preadolescentes y adolescentes, la relación adquiere algunas características especiales, aquí es muy importante asegurar al paciente la confidencialidad de la información y ayudarlo a exteriorizar sus aprehensiones e interrogantes. Se le debe hacer partícipe de las características de su enfermedad y se debe estimular que asuma una progresiva autonomía en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. Es importante tratar de armonizar la participación de la familia en los problemas de salud del adolescente.

Una de las situaciones en las que la relación médico – paciente y familia es particularmente difícil, es la que se origina frente al niño con una o más anomalías congénitas, o en los casos de pacientes incurables. El efecto emocional que produce el nacimiento de un niño malformado, o cuando el paciente tiene una enfermedad cuyo pronóstico es la muerte en un plazo relativamente breve, es una situación especialmente dolorosa para los padres y frecuentemente se acompaña de una grave alteración de la relación conyugal y familiar. La asistencia temprana a los padres de parte del médico debe proponerse como objetivos:

1. Lograr la aceptación de la condición patológica del niño y de los problemas que ella acarrea.
2. Suministrar apoyo emocional a la familia.
3. Ayudar a los padres en la toma de decisiones en el proceso de readaptación familiar y en la planificación del futuro.

En el caso de los adultos, la relación que se pueda establecer con los familiares puede ser muy importante. Estos pueden ofrecer una información complementaria que en ocasiones resulta útil para el diagnóstico, especialmente en el caso de niños, como se mencionó anteriormente.

Salvo en casos muy particulares, siempre es preferible, desde el punto de vista ético, que la entrevista con los familiares se lleve a cabo en presencia del paciente. De este modo se evita que el enfermo se intranquilece por la posibilidad de que éstos suministren una información errónea que perjudique su tratamiento, además el paciente puede discrepar con la opinión de los familiares.

Si el paciente se niega a que el médico se entreviste con los familiares, debe preguntarle la razón de esta objeción y aclarar posibles dudas de índole ética o personal que albergase el enfermo. Si después de esto se persiste en la misma actitud, ésta debe ser respetada por el médico, salvo que se trate de personas seriamente incapacitadas y que, debido a su edad o a una enfermedad mental grave, padezcan enajenación mental severa y no se les pueda considerar mínimamente responsables^[24-26].

En el caso muy particular de la anestesia, es indudable, que el médico anesthesiólogo, en tanto parte del equipo quirúrgico se enfrenta a grandes retos y responsabilidades desde su especialidad. La "especialidad médica", en tanto paradigma científico positivista en general y expresión del singular avance de la ciencia en particular, genera consecuencias de diverso orden: por un lado son evidentes los beneficios que dicho modelo ha reportado a la humanidad en términos de profundidad y de conocimiento riguroso en las diferentes ciencias y disciplinas, beneficios sin los cuales, a la hora presente, no hubiese sido posible responder a los acuciantes problemas que ha enfrentado la humanidad en su recorrido histórico. Sin embargo, dicho modelo ha generado también grandes dificultades: la pérdida de una visión global de la realidad y de sus problemas y la dificultad para interactuar de forma interdisciplinaria con otros profesionales en pro de la solución de problemas complejos.

Desde esta perspectiva, reconociendo los grandes beneficios y ventajas del paradigma de la especialización, es necesario también reconocer que no se trata de renunciar a él sino de reformularlo, de tal manera que especialización no signifique saber cada vez más de menos, optando por una postura aislada y cerrada sobre sí, sino que sea entendida la especialización como una fortaleza o un prisma desde el cual se comprende la totalidad. Esto significaría que las especializaciones están llamadas a ser visiones comprensivas de la realidad y de sus problemas desde una particular perspectiva que enriquezca la construcción de soluciones a los problemas que nos aquejan, como el presente de la relación médico-paciente y su correlato del ejercicio profesional diario: el consentimiento informado^[27].

Finalmente, podemos afirmar que una buena relación médico paciente permite diligenciar un adecuado consentimiento informado. Desde nuestra opinión nos parece sugerente que el modelo de relación basada en la confianza recíproca, sería el ideal, ya que el actor principal termina siendo el paciente y médico involucrados.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

Referencias bibliográficas

- 1 Herrera P, Ibarra ML, Chang-Huang VN. El consentimiento informado en anestesiología – Parte I: Fundamentos generales. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2008; 33: 49 – 56.
- 2 Martínez FC. La tragedia de estar enfermo. El enfermo, la familia y su médico. Segunda Edición. México: SETRA, S.C.; 1998.
- 3 Katz J. The silent world of doctor and patient. New York: The Free Press; 1984.

- 4 Allamel-Raffin C, Lealége A. Histoire de la Médecine. Paris: Les topos DUNOD; 2008.
- 5 Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.
- 6 Estévez E. El Arte de Curar y Enseñar. Segunda Edición. Quito: Imprenta Noción; 2004.
- 7 Santos Sánchez L, Amado Cano MC, Cruz Álvarez N, Barriuso Andino A, Fernández Alan O, Toledo Curbelo G, et al. Ética y moral. Teoría y práctica. En: Introducción a la medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
- 8 Vergely B. Les grandes interrogations morales. Toulouse: Les essentielles Milan; 2004.
- 9 García A. Juramento Hipocrático. En: García A, Estévez E. Temas de Bioética y Genoética. Quito: Imprenta Terán; 2006.
- 10 Pérez M. El Acto Médico. En: Escribar A, Pérez M, Villarroel R. Bioética Fundamentos y dimensión práctica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2004.
- 11 Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénico de la población. En: Ética y deontología. RSS: Uneshalargizdat; 1988: 109-22.
- 12 Bernier V L. Temas de Pediatría, Bioética. México: Editorial McGraw – Hill Interamericana; 2001.
- 13 Sainz A, Quintana O. Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Rev Calidad Asistencial 1994; 2: 72-74.
- 14 Roldán B, Perea B. El consentimiento informado en la Práctica Médica. Madrid: Smithkline Becham; 1996.
- 15 Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.
- 16 Elizari Basterra, F.J. Bioética. Editorial San Pablo; 1991.
- 17 Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Les Belles Lettres; 2008.
- 18 Gold F, Choutet P, Burfin E. Repères et situations éthiques en médecine. Paris: Ellipses; 1996.
- 19 Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris: Ellipses; 1996.
- 20 Vélez Correa LA. Ética Médica. Medellín: Carvajal S. A; 1987.
- 21 Kottow M. Introducción a la Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995.
- 22 Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Antrhopos; 1987.
- 23 Krauss B. Psychotherapy and overview. Amer J Psychiatr 1977; 134 (8): 990-1015.
- 24 Polaino- Lorente A. Manual de Bioética General. Segunda Edición. Madrid: Ediciones RIALP, S.A; 1994: 271 -278.
- 25 Dawes P, O'Keefe L, Adcock S. Informed consent: using a structured interview changes patients' attitudes towards informed consent. J Laryngol Otol 1993; 107: 775-779.
- 26 Dawes P, Davidson P. Informed consent: what do patients want to know. Journal of the Royal Society of Medicine 1994; 87: 149-152.
- 27 Salas Cardona JC. Estudio Introductoria. En: García A, Estévez E. Temas de Bioética y Genoética. Quito: Imprenta Terán; 2006.

The Informed Consent in Anesthesiology Part II: Doctor-patient relationship for a good informed consent.

Ibarra ML, Herrera P, Chang-Huang V.
Rev Fac Cien Med (Quito) 2009; 34: 72-78.

Summary

The first part of this series was about the general principles of informed consent. The focus of this report is about the relationship between doctors and patients and its importance for the application of the informed consent. This interpersonal relationship is an integral part of the medical ethics. The clinical relationship between one doctor and his patient has been given in different forms depending on the attitude from both actors. To obtain an appropriate consent informed in an anesthetic act, the ideal pattern must be based on the trust, where the final purpose is to find out the best alternatives for patient's health.

Key words: Clinical practice, Medical attention, Doctor-patient relationship, Clinical bioethics, Informed consent, Anesthesiology.