



CARTA AL DIRECTOR

¿El consentimiento informado es sólo una firma en un papel?



Is informed consent just a signature on a piece of paper?

No sé si les ha pasado, pacientes a los que siguen en consultas, le explican la cirugía, firman un consentimiento informado, y tras la cirugía te preguntan: «¡Doctor! ¿Al final que me hizo?». De eso habla el artículo recientemente publicado en la revista *European Spine Journal* un artículo titulado: «Autonomy with Responsibility: Is informed consent just a signature on a paper?»¹. El objetivo de ese artículo fue evaluar la información que realmente reciben y asimilan los pacientes sometidos a cirugía, tras firmar su consentimiento informado.

En la práctica médica actual, el consentimiento informado es un requisito ético establecido en la ley. Actualmente, ningún procedimiento quirúrgico electivo puede realizarse sin que los pacientes firmen previamente su consentimiento informado². Sin embargo, el principal hallazgo de este estudio fue que cerca del 40% de los pacientes se someten a cirugía sin haber leído el consentimiento informado que firman. Este hallazgo es importante, debido a que la oportunidad de leer contratos preserva la autonomía. No obstante, también se ha descrito que la gente rara vez lee lo que firma¹.

El consentimiento informado se basa en los 4 principios básicos de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, siendo los pacientes libres de decidir si someterse o no a un determinado procedimiento. Asimismo, un paciente que firma un consentimiento debe cumplir con 3 requisitos básicos: debe ser competente, libre de coacción y bien informado³. Todo esto significa que el proceso de consentimiento informado debe garantizar que los pacientes estén debidamente informados, que se gestionen sus expectativas y que se respete su autonomía, por ello la importancia de que lean su consentimiento informado, y que no solo se les explique verbalmente. Además, es importante asegurarse de que todos los participantes cuenten con una copia de su consentimiento informado.

No hay que confundir el consentimiento informado como una protección al médico o como un contrato para asegurar que el médico no será responsable de las complicaciones, después de obtener la firma del paciente⁴. El proceso de consentimiento informado debe considerarse como una

oportunidad para forjar una alianza terapéutica entre pacientes y médicos. Sin embargo, si los pacientes no leen su consentimiento informado, es poco probable que puedan comprender en qué se están metiendo o estar en condiciones de tomar una decisión informada autónoma, especialmente en el contexto de una cirugía electiva.

Otro hallazgo importante de este estudio fue que el 39,1% de los pacientes no eran conscientes de los riesgos quirúrgicos inherentes a su procedimiento. Si bien es cierto que algunos pacientes prefieren confiar en su cirujano que estar informados de todas las formas en que su operación puede salir mal, la confianza en el médico no puede anular el derecho del paciente a decidir qué riesgos de salud está dispuesto a asumir¹. Basado en la decisión de la Junta de Salud de Montgomery versus Lanarkshire, un caso legal en el Reino Unido, en donde se presentó una demanda por parte de Nadine Montgomery, madre de un niño que nació con parálisis cerebral debido a una falta de oxígeno durante el parto⁵. La demanda fue dirigida al consejo de salud de Lanarkshire, alegando falta de información sobre los riesgos del parto. La Sra. Montgomery argumentó que, si hubiera recibido información completa sobre los riesgos, habría tomado una decisión diferente sobre el momento y la forma de dar a luz, lo que habría reducido las posibilidades de que su hijo sufriera daño. En 2015, la Corte Suprema del Reino Unido falló a favor de la Sra. Montgomery. La corte dictaminó que los pacientes deben ser considerados como consumidores que ejercen sus opciones y con la capacidad de decidir sobre su propio tratamiento, y ya no como receptores pasivos de cuidados. Por ese motivo, es importante asegurarse de que los pacientes comprendan los riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos. Para un funcionamiento correcto el consentimiento informado debe ser comprensible y orientado al paciente^{1,6}.

Solo los pacientes más jóvenes y aquellos con más nivel educativo buscaron información adicional sobre su cirugía. Hay que tener en cuenta que, en pleno siglo XXI, los pacientes pueden obtener de Internet una amplia gama de datos sobre su enfermedad y su tratamiento. En 1957, cuando nació el concepto de consentimiento informado, era imposible esperar que los pacientes buscaran información sobre las opciones para tratar su enfermedad, ya que la información médica era muy restringida y solo se encontraba en las bibliotecas médicas. Sin embargo, los problemas de salud se abordan hoy en día de una manera completamente diferente⁶. En la actualidad, los pacientes están más involucrados en el proceso de toma de decisiones que hace unas

décadas, cuando dependían principalmente de la opinión de su médico. Actualmente la medicina ya no es paternalista, y se busca que haya decisiones compartidas entre médico y paciente. Por lo tanto, uno podría preguntarse qué responsabilidad tiene el médico de operar a alguien que no entiende su cirugía; y también qué responsabilidad tiene el paciente para querer entender su cirugía y lo que firma en un consentimiento informado. Al final para que haya una buena comunicación debe haber un buen transmisor y un buen receptor.

En conclusión, es importante que tanto los médicos como los pacientes hagan un esfuerzo para mejorar el proceso de consentimiento informado, que debe especificar no solo los derechos sino también las responsabilidades de cada uno.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Financiación

Para la ejecución del artículo no hemos tenido ayuda de alguna beca (ayuda económica) de alguna institución.

Bibliografía

1. Núñez JH, Jimenez-Jimenez MJ, Taberner A, Alonzo-González F, Cisneros BE, Bosch-García D. Autonomy with responsibility

¿Is informed consent just a signature on a paper? Evaluation in patients who underwent spine's surgery. *Eur Spine J.* 2023; <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-023-07867-2>.

2. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med.* 2015;372:855–62.
3. Ricketts D, Roper T, Rogers B, Phadnis J, Elsayed S, Sokol D. Informed consent: The view from the trenches. *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101:44–9.
4. Vollmann J, Winau R. History of informed medical consent. *Lancet.* 1996;347:410.
5. Todd NV, Birch NC. Informed consent in spinal surgery. *Bone Joint J.* 2019;101-B:355–60.
6. Bazzano LA, Durant J, Brantley PR. A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information. *Ochsner J.* 2021;21:81–5.

J.H. Núñez^{a,b,*}, B. Escudero-Cisneros^a,
M.J. Jimenez-Jimenez^a y D. Bosch-García^a

^a *Unidad de Columna Vertebral, Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario de Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

^b *Unidad de Columna, Arthro-Esport, Centro Médico Teknon, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hassan2803@hotmail.com (J.H. Núñez).