

Opiniones y percepciones sobre la toma de decisiones a través del consentimiento informado en pacientes graves

Opinions and perceptions about decision making through informed consent in critically ill patients

Esp. Anabel Hernández Ruiz^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6692-5717>

Esp. Rebeca Iracema Delgado Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-9048-2968>

Esp. Carlos Omar Mitjans Fuentes¹ <https://orcid.org/0000-0001-5809-3308>

Lic. Rosario González Volta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6220-471x>

Lic. Teresa Cuñí Rivera¹ <https://orcid.org/0000-0001-6645-365x>

Lic. Denis Díaz González¹ <https://orcid.org/0000-0001-9022-040x>

¹ Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico anabelhdez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Consentimiento Informado es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le haya informado el tipo de tratamiento, riesgos y beneficios, así como las alternativas posibles.

Objetivo: Determinar las opiniones y percepciones sobre su participación en la toma de decisiones en pacientes graves.

Método: Estudio descriptivo prospectivo longitudinal en la Unidad de cuidados intensivos del hospital Joaquín Albarrán Domínguez en el período de enero a julio del 2018. El universo estuvo conformado por 354 pacientes y/o familiares, a los cuales se les aplicó una encuesta anónima. Con los datos obtenidos, se confeccionó una planilla de recolección de datos. Se emplearon métodos de la estadística descriptiva e inferencial, el cálculo porcentual y el chi cuadrado.

Resultados: Solo el 22,2% de los profesionales aplicaron los procedimientos del consentimiento informado completo, el 33,9% de los familiares y/o pacientes firmaron el documento escrito, por la obligación de realizar procedimientos médicos, aunque únicamente el 20,8% entendió la explicación. El nivel de escolaridad no influyó en la comprensión y aceptación del proceso. El nivel de satisfacción con la información recibida y la toma de decisiones fueron bajos (22%).

Conclusiones: Los procedimientos del consentimiento informado se realizan de forma incorrecta, la información es insuficiente, no se lee o explica ni aclaran las dudas; se evidencian recelo y desconfianza. No hubo un adecuado grado de satisfacción en la toma de decisiones por parte de pacientes y/o familiares.

Palabras clave: consentimiento informado, satisfacción, calidad asistencial.

ABSTRACT

Introduction: Informed consent is the acceptance of a medical intervention by a patient, in a free, voluntary and conscious way, after the doctor has informed him of the type of intervention, risks and benefits, as well as the possible alternatives.

Objective: To determine opinions and perceptions about their involvement in decision making in critically ill patients.

Method: Longitudinal prospective descriptive study in the intensive care unit of Joaquín Albarrán Domínguez Hospital, from January to July 2018. The universe consisted of 354 patients and / or relatives, to whom an anonymous survey was applied. With the data obtained, a data collection form was prepared. Methods of descriptive and inferential statistics, percentage calculation and chi-square were used.

Results: Only 22.2% of professionals applied the procedures of full informed consent; 33.9% of family members and / or patients signed the written document for the obligation to perform medical procedures, although only 20.8% understood the explanation. Education level did not influence understanding and acceptance of the process. The level of satisfaction with the information received and decision making was low (22%).

Conclusions: Informed consent procedures are carried out incorrectly, the information is insufficient, it is not read or explained, and doubts are not clarified; mistrust and distrust are evident. There was not an adequate degree of satisfaction in the decision making process on the part of patients and/or family members.

Keywords: informed consent, satisfaction, quality of care.

Recibido: 23/05/2019.

Aprobado: 28/02/2020.

Introducción

La aceptación o el rechazo de una intervención médica es una manifestación particular del ejercicio de la autonomía.

El modelo fundamental de la relación médico – enfermo había permanecido casi inmutable desde la antigüedad.⁽¹⁾ El antiguo modelo de la relación exigía al enfermo obediencia y confianza en el médico. Y el médico, por su parte, debía tener una autoridad fuerte para cumplir con su deber de buscar el máximo beneficio objetivo del enfermo. A este deber se le llama actualmente: “Principio de Beneficencia”.⁽²⁾

En los últimos años este tipo de relación médico – paciente ha comenzado a experimentar una transformación radical. Ahora el enfermo espera que se respeten sus derechos y su autonomía para decidir. Y al médico se le pide, sobre todo, competencia técnica para realizar las aspiraciones y los deseos del enfermo. Se suele definir este cambio como la evolución desde un modelo clásico paternalista hacia un nuevo modelo más autonomista.

Consentimiento Informado (CI) es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le haya informado sobre la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios. Se puede afirmar que es un proceso, porque se inicia desde el ingreso del paciente con la explicación verbal y culmina con la firma del documento escrito.⁽³⁾

Por eso, para asumir este consentimiento se deben reunir ciertas condiciones:

1. Disponer de información suficiente.
2. Comprender la información adecuadamente.
3. Encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores.
4. Ser competente para tomar la decisión en cuestión.

Ello se deriva del derecho que tiene todo ciudadano a la libre autodeterminación, porque promueve la autonomía, fomenta la racionalidad en la toma de decisiones médicas (se logra gracias a la necesidad de hacer explícita la justificación de las decisiones), protege a los enfermos y a los sujetos de experimentación, evita el fraude y la coacción; por otra parte, alienta la autoevaluación y el autoexamen en los profesionales de la medicina, al garantizar la mejora de la calidad de la asistencia médica y el nivel de satisfacción de la población con los servicios de salud. En Cuba, la educación de los profesionales de la Salud tiene un enfoque bioético y se basa en el principio del respeto a la autonomía individual y colectiva, dirigida fundamentalmente a garantizar la integridad de la persona, que es sinónimo de salud.

En los Lineamientos del Partido, el Decreto-Ley 41 de la Salud Pública ⁽⁴⁾ define el papel rector del Ministerio de Salud Pública en la prestación de sus servicios y de regulación del ejercicio de la Medicina, así como de las actividades que le son afines; en su artículo 4 se reconoce, además, el carácter social de la medicina de acuerdo con los principios de la moral socialista y de la ética médica establecidos, además de regular la obligatoriedad del CI ante cualquier medicina diagnóstica y terapéutica y el perfeccionamiento de los procedimientos para este fin.⁽⁵⁾

Conocer la percepción de los pacientes y/o familiares sobre el proceso de CI resulta importante porque permite evaluar el desempeño profesional del personal que labora en una institución de salud, la adecuada relación médico-paciente, así como el respeto a los principios bioéticos de autonomía, por lo que se decide realizar la presente investigación, con el objetivo de determinar las opiniones y percepciones sobre su participación en la toma de decisiones en pacientes graves, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Docente Clínico Quirúrgico (HDCQ) Joaquín Albarrán Domínguez.

Método

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo longitudinal en la UCI del HDCQ Joaquín Albarrán Domínguez. La Habana. Cuba. En el período de período del 1 enero al 30 de julio del 2018.

El universo estuvo conformado por 354 pacientes y/o familiares, a los cuales se les aplicó una encuesta anónima, a través de la cual se recolectó el dato primario, compuesta por 5 preguntas cualitativas (anexo 1). La validación de dicho instrumento se realizó a partir de criterios de 20 expertos en el tema.

Métodos empíricos y teóricos

Del nivel empírico se empleó la observación, dentro del nivel teórico con un enfoque dialéctico materialista, el método histórico lógico, el análisis documental, la sistematización, la modelación y el enfoque sistémico estructural funcional.

Las variables seleccionadas fueron:

- Nivel de instrucción: definido como nivel primario, secundario, medio y universitario, según alcanzada por el entrevistado.
- Profesional que adjudicó la información: especialista, residente o profesional de otro servicio dentro del hospital que dio la información sobre el estado de salud del paciente y solicitó el CI verbal y escrito, así como explicó las alternativas de tratamiento y aclaró las dudas.

- Motivo por el que firmaron el CI, según los motivos por el que se firma el CI: vergüenza al parecer ignorante, presión (familiar, social, laboral), conocimiento del CI, obligación para realizar procedimientos médicos, haber entendido la explicación.
- Grado de satisfacción alcanzado por el paciente y/o familiar durante la toma de decisiones: según la apreciación del paciente y/o familiar de la aceptación de las decisiones en poco, moderado y completamente satisfecho.
- Nivel de confianza con la información aportada: según la seguridad en la información ofrecida. Confía plenamente, cierto recelo, búsqueda de segunda opinión, cambiar de médico, no contestado.

Con los datos obtenidos, se confeccionó una planilla de recolección de datos.

Del nivel estadístico se emplearon métodos de la estadística descriptiva e inferencial, el cálculo porcentual y el chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables. Se consideró significativo un valor de p menor o igual a 0,05. Para el análisis de los resultados se empleó el programa estadístico SPSS, versión 22 para Windows.

Se solicitó el CI a todos los participantes y además al comité de ética de la investigación y la dirección del hospital.

Resultados

En la UCI del hospital Joaquín Albarrán Domínguez, en el período estudiado, ingresaron 420 pacientes, de los cuales participaron en el estudio 354 pacientes y/o familiares (85,4%).

La información respecto al personal de la salud que entregó y aportó la información médica a través del CI se observa en la tabla I, por la cual constató que el 55,4% de los especialistas que laboran en la unidad ofrecieron y solicitaron el CI y de ellos el 22,2% realizó el procedimiento completo (leerlo, explicar las alternativas, aclarar las dudas) e hizo énfasis en la explicación de las alternativas de tratamiento; el resto del personal médico (residentes y médicos de otros servicios) tuvo muy bajo porcentaje.

Tabla I. Personal médico que entregó y aportó la información acerca del consentimiento informado

Personal médico n=359	Lo entregó	Lo leyó	Y explicó las alternativas	Y aclaró las dudas	Total
Especialista de la UCP	4(1,1%)	30(8,3%)	60*(16,7%)	7(1,9%)	199(55,4%)
	18(5,0%)		80*(22,2%)		
Residente de la UCP	4(1,1%)	10(2,7%)	40(11,1%)	30(8,3%)	95(26,4%)
	4(1,1%)		7(1,9%)		
Médicos de otros servicios	12(3,3%)	10(2,7%)	14(3,8%)	19(5,2%)	65(18,2%)
	4(1,1%)		6(1,6%)		
Total	96(25,6%)		263(73,2%)		359(100%)

Fuente: Encuesta.

*p=0,00

Nota: los porcentajes fueron calculados sobre el total de encuestados.

Hubo un predominio de los familiares y/o pacientes que firmaron el CI por la obligación de realizar procedimientos médicos (35,9 %). Tabla II.

Llama la atención que aunque el 20,8% de los entrevistados refirió haber entendido la explicación, solamente el 19,2% afirmó conocer que es el CI (fundamentalmente por quienes tenían nivel universitario).

No hubo asociación significativa entre el nivel de escolaridad y el motivo por el que se firma el CI.

Tabla II. Relación entre el motivo por el que se firma el consentimiento informado y el nivel de instrucción

Motivo	Nivel de instrucción=359					Total	Valor de p
	Primario	Secundario	Preuniversitario	Medio	Universitario		
Vergüenza al parecer ignorante	12(3,3%)	2(0,5%)	8(2,2%)	3(0,8%)	2(0,5%)	27(7,5%)	0,97
Presión (familiar, social, laboral)	23(6,4%)	12(3,3%)	4(1,1%)	12(3,3%)	8(16,4%)	59(16,4%)	1,00
Conocimiento del CI	10(2,7%)	24(6,6%)	15(4,1%)	12(3,3%)	8(16,4%)	69(19,2%)	1,00
Obligación para realizar procedimientos médicos	27(7,5%)	12(3,4%)	30(8,3%)	14(3,8%)	46(12,8%)	129(35,9%)	0,97
Haber entendido la explicación	15(4,1%)	12(3,3%)	13(3,6%)	12(3,3%)	23(6,4%)	75(20,8%)	0,97
Total	87(24,2%)	62(17,2%)	70(19,4%)	53(14,9%)	87(24,2%)	359(100%)	-

Fuente: Encuesta.

Nota: los porcentajes fueron calculados sobre el total de encuestados.

Respecto al nivel de confianza con la información ofrecida, según grado de satisfacción, predominó el recelo con la información ofrecida, con el 34,2%.

Por otra parte, el 71,3% de los encuestados tuvieron un grado de satisfacción insuficiente, ya que deseaban saber más acerca de la salud de los enfermos. El 13,9% no contestó a esta pregunta. Hubo asociación entre el nivel de confianza y el grado de satisfacción con la información ofrecida tabla III.

Tabla III. Nivel de confianza con la información ofrecida según grado de satisfacción

Nivel de confianza	Grado de satisfacción			
	Insuficiente, desean saber más	Aumentó la ansiedad	Totalmente satisfecho	Total
Confía plenamente	50(13,9%)	2(0,5%)	50(13,9%)	102(28,4%)
Cierto recelo	110(30,6%)	3(0,8%)	10(2,7%)	123(34,2%)
Búsqueda de segunda opinión	50(13,9%)	10(2,7%)	9(2,5%)	69(19,2%)
Cambiar de médico	6(1,6%)	3(0,8%)	6(1,6%)	15(4,1%)
No contestado	40(11,1%)	6(1,6%)	4(1,1%)	50(13,9%)
Total	256(71,3%)	24(6,6%)	79(22%)	359(100%)

Fuente: Encuesta.

p=0,00

Nota: los porcentajes fueron calculados sobre el total de encuestados.

Discusión

En el presente estudio se constata que los especialistas de la UCI brindan la información más completa en el momento de aplicar el CI.

Es importante tener en cuenta que las UCI están conformadas por grupos básicos de trabajo, donde la discusión de casos y la toma de decisiones se realizan en colectivo; sin embargo, las intervenciones médicas son realizadas por un solo profesional, quien debe establecer el mayor acercamiento al paciente y/o familiares y realizar los procedimientos del CI; sin embargo, ello no exime al resto del personal, incluido a enfermería, asistentes a pacientes y otros.

Un estudio similar, realizado por Rodríguez y colaboradores, ⁽⁶⁾ coincide con el presente, pues se señala que los pacientes y/o familiares desconocen el nombre del médico actuante, no especifican si el mismo u otro médico realizará algún tipo de intervención médica y, por otra

parte, al tratarse de hospitales docentes, muchas veces los internos y/o residentes se encargan de dar la información del CI.

Igualmente concordamos con la revisión titulada "Diez mitos en torno al consentimiento informado",⁽⁷⁾ donde se plantea que la obligación de obtener el consentimiento del paciente es del profesional que realiza la intervención, sea médico, enfermero o psicólogo clínico, y este además debe asegurarse de que el paciente ha recibido una información adecuada, pero esa responsabilidad de información debe compartida con todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención. Cada uno de ellos participará según su grado de competencia, pero, en principio, nadie está eximido de esta obligación. De todos modos, el médico responsable del paciente debe actuar como garante de que el proceso informativo sea adecuado.

Estos errores son especialmente preocupantes en el caso de los pacientes que requieran intervenciones quirúrgicas.⁽⁸⁾ Es frecuente que la decisión de intervenir, la orden de ingreso y la entrega del formulario de CI las realice un cirujano diferente del que efectuará la cirugía, a menudo sin que el propio paciente conozca cuál será el proceder que se realizará. De hecho, con frecuencia la firma del formulario es un requisito administrativo para poder entrar en la lista de espera quirúrgica. Llegado el momento, no es raro que el cirujano que va a operar al paciente ni siquiera hable antes con él; en ocasiones lo verá por primera vez cuando este ya esté dormido o pre medicado, aunque se asume que el documento firmado da cuenta de que el proceso de consentimiento se efectuó correctamente.⁽⁸⁾

Aunque no hubo relación entre el nivel de instrucción y el motivo por el que se firma el CI, se observó en los pacientes y/o familiares que lo firmaron por obligación para realizar los procedimientos médicos. Es importante señalar que mucho de estos pacientes ingresan con criterio de gravedad y la necesidad de realizar procedimientos de urgencia muchas veces requieren decisiones "*a priori*", por lo que la solicitud del CI debe ir encaminada a explicar la conducta emergente a aplicar.

Por otro lado, aunque solo en el 4% de los casos el CI se firmó después de que el procedimiento dispuesto a autorizarse se llevara a cabo, puede deberse a casos urgentes en los que estaba en peligro la vida del paciente y el profesional de la salud no podía esperar una autorización por escrito.

La proporción de los familiares directos de los pacientes que autorizaron el CI fue mayor a la de los propios pacientes, debido a que algunos no son capaces de tomar sus propias decisiones y requieren un representante legal (estados de coma, disociados, entre otros).

Aunque considerada una cifra muy baja, el 20,8% de los pacientes y/o familiares refirieron haber entendido la explicación, porque indica que aún la información no es asequible y en sentido general se desconoce qué es el CI como tal, pero sí reconocen su derecho a la información médica y a la participación en la toma de decisiones.

Una de las limitaciones del estudio fue que no se evaluó la capacidad de los pacientes y/o familiares para la toma de decisiones, teniendo en cuenta el hecho que la capacidad es un elemento central en la práctica del proceso de CI, que hace que esta sea para el profesional de la salud una gran responsabilidad ética, fundamentada tanto en el principio de autonomía, como en los principios de beneficencia y de no maleficencia.

En la investigación realizada por Rojas ⁽⁹⁾ no hubo concordancia con estos resultados, pues se encontró una relación directa entre el grado de escolaridad baja con la deficiencia de conocimiento del CI y a pesar que muchos pacientes o sus representantes legales no saben la función ni el propósito del CI, firman, no obstante, este documento y ponen su entera confianza en el médico que se los solicitó, aunque ignoran su propio derecho a ser informados sobre su padecimiento actual y los detalles del procedimiento médico o quirúrgico que el médico empleará.

Wally y Luz⁽¹⁰⁾ encontraron diferencias en relación con el grado de instrucción, lo que indica, según el autor, que a mayor grado de educación recuerdan mejor la información brindada.

Al igual que los estudios de Guix,⁽¹¹⁾ Mortensen y colaboradores,⁽¹²⁾ que encontraron que hubo menor comprensión por parte de los pacientes con menor grado de instrucción, por lo cual el profesional debe incidir más en la resolución de dudas e incentivo de preguntas en este tipo de pacientes y brindar la explicación en términos sencillos para conseguir mejor comprensión del tema.

Otro estudio encontró una relación directa entre el grado de escolaridad baja con la deficiencia de conocimiento del CI.⁽¹³⁾ Entre analfabetas el 67% desconocía qué es el CI, pues en personas con primaria, 38% no sabían del CI, mientras que pacientes con estudios hasta secundaria, preparatoria y licenciatura, el 25, 15 y 14% no sabían acerca del CI, respectivamente.

Rodríguez Piñeiro⁽¹⁴⁾ afirma que menos de la mitad de los encuestados firman el CI por haberlo entendido, por lo que cabe deducir que algunos profesionales de salud no están explicando adecuadamente a los pacientes cuál es el verdadero propósito de este o bien que la información aportada resulta insuficiente.

Por su parte, Iglesias Lepine⁽¹⁵⁾ planteó que el 45,1% de los profesionales sanitarios consideraron no tener suficiente información sobre el CI. Y resalta como relevante que la cifra de encuestados que firmó el CI, por haberlo entendido, sea casi la misma cantidad que los que lo han firmado solo por obligación: 45,83 % / 41,67%, respectivamente.

En opinión de los autores, el profesional de salud debe ofrecer una información de buena calidad. El médico tiene que comunicarse con sus pacientes de la forma más sencilla y clara posible, lo cual posibilita la competencia de los pacientes o familiares para decidir, independientemente de su nivel de instrucción.

Se debe utilizar un lenguaje sencillo para que se entienda, ya que no pocas veces el uso de "lo técnico" resulta demasiado confuso. Si es necesario usar términos complejos, se debe expresar

de otra forma, por lo que siempre se recomienda explicarlos para que sean comprendidos adecuadamente.

Se sugiere invitar a todos los presentes en el proceso de CI a hacer preguntas, con la idea de que la obtención del CI se hace en función del paciente. Cuando se le advierte que la información y posterior decisión es por su propio bien, este es más receptivo y en general coopera mejor con el tratamiento.

El grado de satisfacción con la información recibida fue muy pobre, lo que concuerda con otros estudios consultados; sin embargo, Rodríguez Piñeiro y colaboradores ⁽¹⁵⁾ encontraron resultados diferentes, puesto que el 79,17% estuvo satisfecho, el 18,33%, moderadamente satisfecho, y solamente el 2,5% quedó poco satisfecho.

En el caso de Ruiz Moral y colaboradores ⁽¹⁶⁾ no convinieron con estos resultados, pues encontraron que el 94% de pacientes de atención primaria contestaron estar satisfechos con la toma de decisiones.

En sentido general se puede afirmar que el nivel de confianza con la información ofrecida es bajo, lo cual puede estar relacionado con el hecho de que en Cuba el nivel de información que se brinda al paciente es aún es insuficiente, por lo cual es necesario profundizar y buscar los medios que permitan que cada paciente tenga un mejor y más completo conocimiento de aquellos aspectos referentes a la salud y del valor que tiene cada orientación médica e inclusive el costo de los recursos que se ponen a su disposición, pero en ocasiones se malgastan y pierden.⁽¹⁷⁾

El médico y la enfermera son los profesionales que por sus relaciones de trabajo tienen una mayor y más directa influencia sobre el paciente y deben reunir condiciones idóneas; ser individuos de integridad de principios, con características morales intachables y capaces profesionalmente en cada situación de hacer lo indicado para lograr la curación o recuperación de la salud del paciente o, por el contrario, abordar las tareas de promoción y prevención de salud. Esto permitirá una relación médico-paciente de respeto y colaboración; las decisiones las

propone el médico, pero se realizan con la aprobación del paciente; se toman por el médico, con el paciente y para el este.⁽¹⁸⁾

Esta mutua relación de respeto preservará la integridad de ambos y reafirmará la justeza de los principios que defendemos en nuestra sociedad.

La vocación y calificación de cada profesional son fundamentales, pues de ahí proviene su capacidad de diagnosticar, intervenir en los problemas de salud e informar adecuadamente al paciente la decisión con respecto a su salud, porque nuestros pacientes así lo necesitan y reclaman.⁽¹⁹⁾

En cuanto al alcance del estudio, se considera que pudieran realizarse en todos los servicios donde se brinde atención médica del país, para posteriormente trazar estrategias de trabajo que permitan mejorar la calidad de la atención a los enfermos y el nivel de satisfacción de la población.

Conclusiones

Los procesos del CI en la UCI del hospital Joaquín Albarrán Domínguez se realizan de forma incorrecta, la información es insuficiente, no se explica ni aclaran las dudas por la totalidad de los profesionales que brindan la información. Se evidencia recelo y desconfianza por parte de los pacientes y/o familiares, que a la vez tienen poca información sobre la salud de sus enfermos. No hubo un adecuado grado de satisfacción con la toma de decisiones por parte de pacientes y/o familiares.

Referencias bibliográficas

1. Nijhawan LP, Janodia MD, Muddukrishna BS, Bhat KM, Bairy KL, Udupa N, et al. Informed consent: Issues and challenges. J Adv Pharm Technol Res.2013[citado 15/05/2019];4(3):134-140.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777303/>

2. Vera Carrasco O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev Méd La Paz. 2016[citado 15/05/2019];22(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010
3. González Pérez U, Alerm González AJ. Mínimos necesarios para el aprendizaje y utilización del consentimiento informado por profesionales de la salud cubana. Educ Méd Seper .2016 [citado 18 /04/2019]; 30 (4).Disponible en :<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/734>
4. Cuba. Comité Central del Partido. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. La Habana: Comité Central del Partido; 2015 [citado 02/062018].Disponible en: <http://www.pri.sld.cu/images/documentos/lineamientos.pdf>
5. Amaro Cano MC. Informe central al II taller nacional de educación en bioética. Rev haban cienc méd [Internet]. 2007 Dic [citado 2020 Sep 20] ; 6(Suppl 5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000500004&lng=es.
6. Rodríguez Germán M, Tupayachi Ortiz G, Guevara Guevara T, Hidalgo Salinas F. “Evaluación de la calidad de los consentimientos informados de los servicios de los hospitales de nivel III-IV de Lima y Callao.” Rev Med Hered. 2007[citado 15/09/2019]; 18(3): 136-142.Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000300004
7. P. Simón. Diez mitos en torno al consentimiento informado. Anales Sis San Navarra. 2006. [citado 15/07/2019];29(3).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004
8. Vizcaya Benavides DM, Zúñiga Villarreal FA, Pérez Cortés P, Cobos Aguilar H. Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. Rev Fac Med Méx.

2014[citado 20/08/2017];57(5):
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500005

9. Rojas FA. Condiciones para preservar e valor moral del consentimiento informado en medicina.[Tesis].[España]:Universidad del Rosario. 2015. Disponible en:
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10650>

10. Wally Oppliger A, M. Luz Bascuñán R. Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. Rev Chil Pediatr. 2011[citado 28/06/2019]; 82(3): 204-210.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000300005>

11. Guix J, Balaña F, Carbonell JM, Pérez R, Surroca RM, Nualart L. Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Rev Esp Salud Pública. 1999; 73(6): 20-8.

12. Mortensen MG, Kiyak HA, Omnell L. Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003[citado 13/05/2018];124(5):541-550.Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14614422/>

13. Vallongo Menéndez MB. Consentimiento informado. ¿Un derecho? ¿Un deber? Rev Cuba Anestesiol Reanim. 2012 [citado 25/12/2018]; 11(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Rodríguez Piñeiro JE, Taberno Duque MT, Rodríguez Calvo MS. Opinión de los pacientes sobre el consentimiento informado. Cuadernos de Bioética. 2018; 29(95): 69-79.

15. Iglesias Lepine ML, Botet Montoya JP, Pallás Villaronga O, Hernández Leal E, Echarte JL, Solsona Durán JF. "Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario". Rev Clin Esp. 2007[citado 15/05/2019];207(10):483-488.Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256507734550>

16. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, *et al.* “Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia”. *Aten Primaria*. 2012[citado 15/03/2020];44(1): 5-10.Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711001545>
17. Martínez Navarro J. Autopsia clínica y consentimiento informado. *Medisur*. 2018 [citado 0/05/2018];16(2).Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3755>
18. Hernández Ruiz A, Castillo Cuello JJ, Delgado Fernández RI, Soliz Santos LC. Utilidad del consentimiento informado en la unidad de terapia polivalente del Hospital Joaquín Albarrán. *Rev Hum Med*. 2014[citado 25/06/2018];14(3):589-601.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000300002&lng=es
19. Gorrita Pérez RR. Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual. *Rev Medimay*. 2012 [citado 10/08/2020];18(1).Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/560/html>

Anexo 1

Test de opinión y percepción de familiares y/o pacientes en los procedimientos del CI del HDCQ Joaquín Albarán Domínguez.

Objetivo: valorar el grado de conocimiento de los procedimientos para el CI en pacientes y/o familiares y el nivel de satisfacción con la toma de decisiones.

Estimado paciente/familiar: al contestar esta encuesta podrá dar a conocer su nivel de conocimientos de los procedimientos para el Consentimiento Informado (CI).

El objetivo que se persigue es elaborar una estrategia para el mejoramiento de dicho proceder; es una encuesta anónima, por lo que se espera su sinceridad, a la vez que se le agradece su colaboración.

Indicación: Marque con una equis (X) la respuesta que más se acerque a la suya.

Cuestionario

1. Escolaridad

Primaria ___ Secundaria ___ Media ___ Universitaria ___

2. Motivo por el que firmó el CI

Vergüenza por parecer ignorante _____

Presión (familiar, social, laboral) _____

Conozco qué es el CI _____

Obligación para realizar procederes médicos ___

Entendí la explicación _____

3. La solicitud del CI fue hecha por

Especialista de la UCP ___ Especialista de otros servicios ___

Médico Residente ___ Otro ___ Nadie ___

5. ¿Qué evaluación UD daría a la calidad de la información recibida?

___ Insuficiente, deseo saber más ___ Aumentó mi ansiedad ___ Totalmente satisfecho

6. ¿Confía UD en la información ofrecida?

___ Confía plenamente ___ Cierta recelo

___ Buscaría una segunda opinión ___ Cambiaría de médico

___ No contestado

¿Desea agregar algo más? _____

Gracias por su colaboración.

Conflicto de intereses

El estudio no tiene conflicto de intereses y pertenece a una tarea del proyecto doctoral de la autora principal.

Contribución de autoría

AHR: diseño de investigación, recogida de datos, análisis de datos, informe inicial y aprobación del informe final.

RIDF: recogida de datos, análisis de datos, informe inicial y aprobación del informe final.

COMF: recogida de datos, análisis de datos, informe inicial y aprobación del informe final.

RGV: análisis de datos, informe inicial y aprobación del informe final.

TCR: análisis de datos, informe inicial y aprobación del informe final.

DDG: análisis de datos, informe inicial y aprobación del informe final.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-
No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

