

PROPUESTA DE UN MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO.

Lic. Candelaria Caridad Rodríguez Carmona.

Licenciada en Enfermería. Centro de Investigaciones Sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), Máster en Bioética, 2013.



Resumen.

El documento de Consentimiento Informado (C.I) para el adulto mayor hospitalizado promueve la autonomía, protege al paciente de un procedimiento no deseado y lo ayuda en la toma de decisiones. Características del adulto mayor como: los efectos de los cambios en el sistema nervioso, los órganos de los sentidos y las enfermedades de base que les acompañan, precisan de un modelo de Consentimiento Informado Personalizado. Con este trabajo se intenta proponer un nuevo modelo de dicho documento para el Centro de Investigaciones Sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Para ello se realizó un estudio exploratorio, de desarrollo y de corte transversal, con un universo constituido por 15 médicos especialistas en geriatría y gerontología clínica, así como residentes de segundo y tercer año de dicha especialidad. Se consideró que, las posibles complicaciones del procedimiento a rea-

lizar y las que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente, deben incluirse en un nuevo modelo de C.I, al comprobar que el aplicado actualmente en el CITED, no contiene los requisitos necesarios para un documento de esta naturaleza.

Palabras clave: adulto mayor, modelo de consentimiento informado, hospitalización.

Introducción.

El envejecimiento podría definirse como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que el paso del tiempo origina sobre los se-

res vivos. Es un proceso biológico que comienza una vez alcanzada la madurez universal, progresiva e irreversible, caracterizado por un descenso gradual de la función que termina con la muerte¹.

Las personas experimentan cambios a medida que envejecen. Estos cambios producen, en los órganos al envejecer, una pérdida de función de forma gradual, progresiva y consecuentemente una disminución de la máxima capacidad funcional, causando diferentes efectos en el organismo. Como ejemplo de estos encontramos cambios en el sistema nervioso (disminución de la percepción, de la memoria y del pensamiento) y en los órganos de los sentidos (en el órgano de la visión se produce la presbicia, y la disminución de la mucina y de la secreción lagrimal que produce la queratinitis seca; en el oído se aprecia presbiacusia y mayor cantidad de tapones de cerumen)².

El paciente anciano plantea problemas médicos y sociales como la disminución de adaptación o de respuesta al estrés. Problemas de salud derivados de las enfermedades de base como cardiovasculares (enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia cardíaca), del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis), neurológico (enfermedad de Alzheimer y otras demencias), órganos de los sentidos (cataratas, sordera, etc.). Muchas de estas enfermedades tienden a trascender a la incapacidad funcional y dependencia³.

Atención al adulto mayor hospitalizado.

En la atención al adulto mayor hospitalizado interviene un equipo médico interdisciplinar: geriatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y profesionales de otras especialidades⁴. FOTO 1 ARTÍCULO 4

En la asistencia médica interdisciplinar, la confidencialidad puede verse afectada puesto que los problemas de salud que se detectan en el adulto mayor hospitalizado son analizados por varios especialistas dentro y fuera del hospital por lo que la atención se despersonaliza. Los especialistas que conozcan información confidencial, deben respetar el derecho del paciente al secreto. No se deben hacer publicaciones de la historia de la enfermedad del paciente, ni mostrar fotos o videos sin el consentimiento de éste o su representante en caso de incompetencia. La confidencialidad se enraíza en los conceptos previos de intimidad y privacidad y, estos a su vez, en los de autonomía y libertad individual. Cada persona, por el hecho de serlo, es acreedora, en principio de la gestión de sus derechos y libertades, incluyendo su cuerpo, su esfera íntima y privada y en conjunto sus derechos humanos⁵. También la atención al adulto mayor genera problemas éticos con una mayor frecuencia que en el resto de los grupos de edad, y éstos pueden magnificarse o minimizarse en dependencia de una

buena praxis médica. De aquí que se asuma la Bioética y sus principios como precepto en nuestro trabajo diario.

La Bioética ha sido definida como «el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo la visión moral, decisiones, conductas y políticas, de las ciencias de la vida y de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un marco interdisciplinario». Utiliza como herramientas los principios establecidos de: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia⁶.

Principios de la Bioética en Geriatría:

- Principio de beneficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien, prevenir y evitar daño. No debe entenderse como un acto de bondad o caridad sino de obligación⁷.
- Principio de justicia: consiste en el derecho de una persona a la no discriminación y a la distribución equitativa de recursos. Este principio protege a los adultos mayores de posibles limitaciones a tratamientos fundados exclusivamente por criterios de la edad⁷. Permite que los adultos mayores ejerzan sus derechos y, dentro de ellos, el ejercicio de su autonomía⁸. Gestiona los recursos en función de la eficiencia y la equidad⁶.
- Respeto por las personas: incorpora el respeto a la autonomía personal y a la protección de las personas cuya autonomía está disminuida. Esta última consiste en que una vez emitida la decisión, no es necesaria la concurrencia de la voluntad de terceras personas⁸. El respeto a la autonomía supone que los valores, criterios y preferencias del enfermo son lo primordial desde el punto de vista ético. Con mucha frecuencia, no se tiene en cuenta la opinión del adulto mayor para tomar una decisión importante sobre su salud, cambio de ubicación, etc., y se alega de forma paternalista que es lo mejor para él. En caso de conflicto entre el principio de autonomía y el de beneficencia prevalece el primero⁷. Se deben elaborar procesos de toma de decisiones para asegurar que el adulto mayor sea capaz de expresar sus deseos, que tenga el suficiente tiempo para decisiones importantes y que tome decisiones sin presiones⁶.
- Principio de no maleficencia: es el deber de no hacer el mal al enfermo que se apoya en la máxima hipocrática: Primum non nocere. Este principio tiene gran relevancia en este grupo de edad en el que el riesgo de iatrogenia es máximo⁷. Exige que las determinaciones diagnóstico- terapéuticas que se tomen con los pacientes respeten escrupulosamente el balance riesgo-beneficio y estén avaladas por la evidencia científica.

Consentimiento informado en el adulto mayor hospitalizado.

El Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos define el Consentimiento Informado de la siguiente manera: “El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”⁹.

El objetivo principal es promover la autonomía del paciente, protegerlo de un tratamiento o un procedimiento no deseado, ayudarlo a tomar las decisiones adecuadas de forma que estén correlacionada con sus valores personales, optimizando la relación médico-paciente^{10,11} y cumplir los requerimientos éticos del derecho a la información¹². Sus inicios datan de la década de los setenta, en Estados Unidos, extendiéndose hacia otros países¹³. Produciéndose además un cambio radical en la relación médico-paciente al imbricar los principios bioéticos de beneficencia y autonomía. En 1993, se elaboró un documento rector que definía la forma en que debe quedar registrado el Consentimiento Informado, la protección legal y otras recomendaciones¹⁴.

En Cuba, es muy reciente su aplicación en las acciones médicas, como en la especialidad de psiquiatría. Se brinda la información al paciente y familiares sobre el estudio, la afección que presenta o la cirugía a realizar, pero más a modo de información que para pedir su consentimiento, o con formularios escritos¹⁵.

Las excepciones a las exigencias del consentimiento son: en caso del grave peligro para la salud pública, las órdenes judiciales, la urgencia vital, privilegio terapéutico, el rechazo a la información, el carácter de incompetente del paciente¹⁶.

El procedimiento de C.I. se fundamenta en la competencia, voluntariedad e información:

1. La competencia: es la capacidad de realizar bien una determinada obra o actividad, la cual es observable desde dos puntos de vista: contexto legal y de la ética clínica¹⁷. La competencia en el contexto legal se refiere a la capacidad de una persona para ejercer los derechos jurídicos sobre sí y su propiedad, mientras que en el contexto de la ética clínica permite reconocer que el paciente está en condiciones clínicas de ejercer libremente su autonomía. El paciente ha de ser competente para tomar la

decisión, la determinación de esa capacidad depende de la situación mental del individuo, la complejidad de la decisión y sus consecuencias probables. No hay que suponer que una persona por su avanzada edad o por muy grave y compleja que sea la situación en la que esté, no pueda decidir libremente si su situación mental lo permite. Tampoco ofrece dudas el estado de incompetencia que produce un coma o en una demencia grave, pero hay situaciones intermedias en las que habrá que individualizar, por ejemplo, en la depresión. En estos casos se suele primar el principio de beneficencia forzando el tratamiento⁷.

Con frecuencia se considera a los ancianos como incompetentes para tomar sus decisiones, especialmente cuando hay dificultad en la comunicación y sobre todo si hay deterioro cognitivo. Esta decisión no anula totalmente la capacidad de decisión, que dependerá de lo avanzado de la enfermedad y de la resolución que se vaya a tomar, así el nivel de competencia exigido varía en función del procedimiento a realizar y de sus consecuencias. Por lo tanto, será nuestro deber valorar el grado de competencia para la decisión que se vaya a tomar, analizando aspectos como la capacidad de comunicación, las razones que respaldan la decisión, si estas son racionales y si se comprenden las alternativas. Además se intentará optimizar la situación cognitiva tratando problemas médicos agudos, trastornos afectivos como la depresión y corrigiendo los factores ambientales que puedan incidir negativamente en la capacidad de decidir⁷.

2. La Voluntariedad: se define como una elección sin impulso externo que obligue¹⁸. Los sujetos deben decidir libremente si deben someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Cuando se amenaza de manera explícita o implícita, está presente *la coacción*. Por ejemplo, al plantearle el alta voluntaria si no accede al tratamiento¹⁷. Si por el contrario, se utiliza *la manipulación*, es decir que se distorsiona la información de una u otra forma, podría llevarse al paciente a adoptar una decisión que de otro modo no hubiera tomado¹⁷.

3. La Información: debe ser sencilla, concreta, comprensible, general al principio, progresiva y gradual después, dialogante y participativa, personalizada, no coercitiva, multidisciplinaria¹². La información debe facilitarse al paciente y a los familiares, salvo prohibición expresa del interesado. Se debe utilizar un lenguaje de acuerdo a cada paciente: edad, nivel cultural y capacidad de com-

prensión. No caer en tecnicismos, omisiones, ni excesivo detalle¹⁷. Se debería informar, al menos, sobre las consecuencias relevantes y seguras de la intervención a que va a ser sometido, los peligros típicos del procedimiento¹⁹, así como de los riesgos en función de la situación clínica personal²⁰ del paciente anciano.

Existen dos modos de obtener el C. I.: verbal y escrito.

Verbal: es a través de una conversación entre el médico y el paciente. El profesional deberá dejar constancia escrita del acuerdo. Se recomienda a los profesionales que adquieran el hábito de incluir comentarios y anotaciones en las hojas de evolución médica¹⁷.

Escrito: es un documento que garantice que el paciente ha recibido la información necesaria y que acepta en la realización de un procedimiento de riesgo. Dicho documento será firmado por el médico y el paciente y archivarlo en la historia clínica¹⁷.

Formulario de Consentimiento Informado.

Es un documento escrito que recoge de forma sencilla la información más relevante sobre un procedimiento y registra la conformidad del paciente o su representante legal a la realización de dicho procedimiento²¹. El documento de C.I. es el reflejo del proceso informativo realizado, al mismo tiempo que el cumplimiento de un requisito legal y no debe convertirse en un trámite burocrático. Debe considerarse sólo una parte coadyuvante de la información y nunca como un elemento central del proceso informativo, lugar que corresponde a la información “cara a cara” ofrecida por el personal sanitario responsable¹².

La aplicación del C.I. escrito debe efectuarse en caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, así como de la aplicación de procedimientos que notoriamente comporten riesgos o inconvenientes para la salud del paciente²².

La presentación de un modelo de C.I. debe hacerse en el momento adecuado: el paciente debe estar en condiciones de comprender la información y tomar una decisión consciente. Se debe evitar que se halle sedado, con dolor, en preparación para la prueba, justo antes de la prueba o desvalido; presentarse en un lugar adecuado: puede hacerse en la habitación del enfermo para preservar la confidencialidad; con la persona adecuada, puede ser quien indica el tratamiento o quién lo va a realizar. Es preferible que informe el médico que lo va a realizar, sobre todo en procedimientos de mayor riesgo, con tiempo necesario para meditar, sin prisas, dando facilidad para consultar. La familia debe estar presente cuando sea posible, salvo que el paciente expresamente no lo desee¹⁷.

Antes de aplicar un modelo de C.I. al adulto mayor hospitalizado, el médico debe:

- establecer un diálogo con paciente y con la familia con el objetivo de complementar la información verbal y la información escrita sobre un procedimiento de riesgo a realizar.
- tener en cuenta las características y la situación personal del adulto mayor.
- reiterar la información cuantas veces sea necesario.
- verificar si el paciente comprendió la información por medio de preguntas de control.

El modelo de C.I. debe estar escrito con frases cortas y directas, utilizar palabras con pocas sílabas y evitar las ambigüedades, atender a la legibilidad, utilizar siempre tipos de letras grandes y para cada procedimiento²³.

El documento de consentimiento informado debe contener varios apartados:

- a) Nombre del paciente y del médico que informa sobre el procedimiento.
- b) Nombre del procedimiento a realizar, con explicación de en qué consiste y como se va a llevar a cabo.
- c) Información de los riesgos típicos: consecuencias seguras del procedimiento; complicaciones frecuentes de ese procedimiento según la situación de la ciencia en ese momento (Lex artis).
- d) Declaración del paciente de su conocimiento sobre: sus riesgos personalizados, las posibles alternativas, la admisible anulación del consentimiento, su satisfacción con la información recibida y la aclaración de las dudas surgidas al leer el documento, así como su consentimiento para someterse a la intervención.
- e) Fecha y firma del médico y del paciente
- f) Apartado para el consentimiento a través de representante legal, en caso de incapacidad del paciente¹⁹.

Procedimiento para la obtención del C.I.:

Deberá utilizarse un formulario homologado por una comisión de expertos. El formulario se le entregará al paciente con la mayor antelación posible, en ningún caso con menos de 24 horas; se procurará que el paciente haga una primera lectura y se le aclaren cuántas dudas puedan surgirle; es conveniente que el paciente demore su decisión y pueda meditarla en su entorno familiar. Una vez firmado el C.I. por el paciente, pasará a ser parte de la historia clínica²¹.

Objetivo general:

1. Proponer un nuevo modelo de consentimiento informado para el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, de La Habana.

Objetivos específicos:

1. Valorar si el modelo de consentimiento informado aplicado en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud cumple todos los requisitos que deben tenerse en cuenta para su estructura.
2. Diseñar un nuevo modelo de consentimiento informado para los adultos mayores hospitalizados en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud.

Método.

Se realizó una investigación de carácter exploratorio, de desarrollo y de corte transversal en el mes de noviembre de 2012, que tuvo como universo a los especialistas en gerontología y geriatría clínica, residentes de segundo y tercer año de dicha especialidad, que estaban presentes el día de la aplicación de los cuestionarios y aceptaron voluntariamente participar en la investigación (11 especialistas y 4 residentes).

Criterios de Inclusión:

1. Ser graduado de Especialista en Gerontología y Geriatría o encontrarse cursando segundo o tercer año de la residencia en dicha especialidad.
2. Encontrarse vinculado de manera directa con los pacientes hospitalizados.
3. Conocer el modelo de consentimiento informado vigente en la institución y haberlo aplicado con anterioridad a este estudio.
4. Disposición a colaborar con el estudio.

Criterios de Exclusión:

1. Ausentes el día de aplicación del cuestionario o negativa a participar en el estudio.
2. Encontrarse cursando primer año de residencia en la especialidad de Gerontología y Geriatría.
3. Nunca haber aplicado el modelo de consentimiento informado vigente en la institución.

Se tomó como referencia el modelo de C.I. aplicado sistemáticamente en la Institución. Se confeccionó un cuestionario para explorar si en la confección del modelo vigente se tuvieron en consideración todos los parámetros establecidos en la estructura del C.I., así como otros elementos importantes al aplicar el mismo.

Para la confección del cuestionario se empleó la validación por criterio de expertos mediante la aplicación de la técnica de escritura de ideas en tarjetas, como método para generar ideas y recopilar información. Se contó con la experticia de siete profesionales debidamente capacitados.

El procesamiento de la información se llevó a cabo a través de selección de ideas y logro de consenso. Se realizaron preguntas como: ¿Podemos aceptar esta idea?, ¿Existe alguna objeción?, ¿Alguien se siente afectado con este planteamiento?

Se tomaron en cuenta las ideas propuestas hasta arribar a una confección satisfactoria del cuestionario a aplicar.

Obtención de la información en el cuestionario:

La información se obtuvo mediante el cuestionario creado. Cada cuestionario contó de 11 preguntas. La respuesta fue estrictamente personal.

Operación de variables:

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: años de experiencia como médico, categoría docente, grado científico, conocimiento del CI, frecuencia de obtención del CI, Motivo del CI, entrega del modelo de CI, momento de aplicación del modelo de CI, competencia del paciente, representación del anciano evaluado incompetente, incorporación de complicaciones, finalidad del CI, comprensión del CI e importancia del CI.

Teniendo en cuenta las respuestas obtenidas por medio del cuestionario y los posibles aspectos que debiera contener el Modelo de Consentimiento Informado, se elaboró un nuevo modelo a aplicar (Anexo 1).

Procedimiento Ético:

Se solicitó previamente a los colaboradores su conformidad (voluntariedad) de participar en el estudio, explicándose en qué consistía y el carácter anónimo tanto de los criterios de los expertos que participaron en la validación del cuestionario como de la aplicación del cuestionario a los médicos.

Resultados.

Tabla No.1. Distribución de los encuestados según su opinión sobre la incorporación de las complicaciones en la información al anciano.

Criterio sobre inclusión de complicaciones	n	%
SI	12	80
NO	3	20
TOTAL	15	100

Tabla No.2. Distribución de los encuestados en cuanto a la finalidad del modelo de consentimiento informado que se aplica en la institución

Finalidad del modelo de CI	n	%
Investigaciones Médicas	2	13,3
Intervenciones Quirúrgicas	0	0,0
Tratamiento Médico	0	0,0
Pruebas Diagnosticas de Riesgo	1	6,7
Todas las opciones	12	80,0
TOTAL	15	100,0

Tabla No.3. Distribución de los encuestados según su opinión sobre la comprensión del texto del modelo de consentimiento informado por parte del paciente.

COMPRENSIÓN DEL TEXTO	n	%
SI	6	40
NO	9	60
TOTAL	15	100

Tabla No.4. Distribución de los encuestados según su opinión sobre el nivel de importancia que le atribuyen los pacientes al modelo de consentimiento informado.

IMPORTANCIA	n	%
Ninguna	2	13,3
Mucha	4	26,7
Poca	9	60,0
TOTAL	15	100,0

Discusión de los resultados.

El equipo médico interdisciplinario como unidad funcional ubicada en el ambiente hospitalario, encargados de la valoración, el tratamiento integral y la gestión del alta⁴, debe cumplir con el principio de beneficencia, informando siempre al paciente sobre la evolución de su estado de salud, resultados de las pruebas diagnósticas realizadas,

tratamiento farmacológico, y si es necesario realizar algún cambio de tratamiento o de dosis, entre otros aspectos. Debe hacer cumplir el derecho que tiene el paciente de conocer todo lo que concierne a su salud. La labor del equipo médico debe ser de manera presencial, asegurándose, cuantas veces sea necesario, que el paciente haya comprendido la información por medio de preguntas de control. Si expresa dudas, debe reiterarse la información y obtener el consentimiento del paciente. En este caso la autonomía y la libertad de la persona mayor se colman de gran relevancia porque se valora y respeta su voluntad y su dignidad.

Antes de aplicar un modelo de C.I, la explicación verbal al paciente no debe excluirse nunca, y en caso de que el paciente sea declarado o evaluado como incompetente para tomar decisiones esta debe efectuarse a su tutor o representante legal. No debe privarse al adulto mayor del derecho a ejercer su autonomía siempre y cuando tenga la capacidad de poder hacerlo. Tampoco debe privarse a su representante legal cuando la decisión de éste es en virtud del beneficio del adulto mayor. En este caso se presentan dificultades para la obtención del consentimiento escrito porque en el documento de C.I que se aplica en la institución, no contiene un apartado para que el representante o tutor legal declare su aceptación mediante su firma.

Cuando el médico no informa adecuadamente al adulto mayor y no considera, ni toma en cuenta las características y limitaciones; ocultando información valiosa, por no posibilitar alternativas de las que dispone, o por no escuchar, o no tomar en cuenta sus decisiones y opiniones, y no brindar la información directamente al paciente, sino a su familia, aún siendo él competente y no superar las barreras de la comunicación cuando presentan alteraciones sensoriales, podrían con-

ducirlo a tomar una decisión errónea. Por tanto, los daños que se provocarían al adulto mayor no son solo por realizar una mala técnica, sino que pudiesen aparecer daños psicológicos que le afecten su bienestar dentro y fuera del ambiente hospitalario.

Se debe reflexionar sobre el C.I. como una exigencia moral, insistiendo en la necesidad de que el adulto mayor sea protagonista en la toma de sus propias decisiones según su escala de valores, siempre y cuando tenga la capacidad de poder hacerlo y esté muy bien informado, teniendo en cuenta sus particularidades.

Del total de encuestados, 12, consideraron (Tabla No. 1) que debe incluirse la información verbal y escrita sobre las posibles complicaciones del proceder a realizar y las que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente.

El anciano es susceptible y vulnerable, porque es portador de varias enfermedades de base, las cuales pueden descompensarse antes, durante y después de un procedimiento, lo cual constituye un riesgo notorio para el paciente, del cual no debe estar ajeno. Es muy importante brindar una información sencilla focalizada de manera positiva, explicando la complicación con una posible alternativa de solución, no mentir, no causar daño, ni temor.

Según la estructura que debe tener un documento de C.I., el modelo que se aplica en la institución no contiene un apartado donde se describa el procedimiento a realizar considerando las particularidades del adulto mayor, así como tampoco contiene un apartado para el tutor o representante legal.

La gran mayoría de los encuestados (Tabla No. 2) expresó que el modelo de C.I. que se aplica en la institución está elaborado de manera muy general: para investigaciones médicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento médico y pruebas de riesgo. No se especifica cuál es su finalidad. El documento en su totalidad está impreciso, por ejemplo: no se trata sólo de “*valorar mi estado de salud*” (ver anexo 1), sino también de la aceptación o rechazo de tratamientos, sobre todo quirúrgicos o procedimientos que constituyan riesgos notorios para el adulto mayor.

El modelo de CI en la práctica asistencial no tiene la misma finalidad que el modelo de CI para investigaciones médicas. El objetivo del primero es promover la autonomía del paciente y cumplir con los requerimientos éticos antes que el jurídico, se trata de aceptar o denegar lo que se propone después de una buena información médica de manera verbal y reforzada con la información escrita contenida en el documento. En la investigación médica está diseñado para obtener la aceptación de un sujeto o un grupo de sujetos para participar en una investigación. Por tanto el modelo de CI que se aplica en la institución no se precisa

cuál es la finalidad, está redactado de manera ambigua y no cumple con los requisitos que debe tener un documento de esta naturaleza.

El total de los participantes en el estudio (Tabla No. 3), expresaron que los pacientes no entienden bien el texto del modelo. El texto debe redactarse de manera que el paciente lo entienda y pueda tener la posibilidad de relacionar el contenido del documento escrito con la información verbal ofrecida por el médico. Es importante señalar que el anciano sufre y se deprime cuando no entiende la información, lo cual puede causarle temor, preocupación, ansiedad y desconfianza, ya que no puede percibir cuál es la información específica que brinda el médico y mucho menos cuando el documento es aplicado como mínimo 24 horas antes de un procedimiento.

Según la opinión de los médicos, (Tabla No.4) los pacientes le dan poco o ninguna importancia al modelo de C.I. que se aplica en la institución, precisamente, porque no comprenden cuál es la finalidad del documento, la información es brindada de manera global. Por otra parte en el estudio se constató una brecha entre el conocimiento de lo que debe hacerse y la aplicación real del C.I escrito a los pacientes adultos mayores hospitalizados el CITED.

A partir de lo planteado con anterioridad, se elabora una propuesta factible para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas (Anexo 1).

La propuesta contiene 4 apartados:

A. Identificación: 1. Nombre técnico del procedimiento; 1.1. La descripción del procedimiento; 1.2. Tipo de anestesia; 1.3. Descripción de las posibles complicaciones del procedimiento y las complicaciones que pudieran derivarse de las enfermedades de base.

B. Declaración del paciente.

C. Declaraciones y firmas

D. Fecha del día en que se aplicó el modelo de C.I. y huella dactilar: si el adulto mayor presenta una discapacidad física que le impida firmar el CI, siendo competente, por ejemplo: temblor esencial, la enfermedad de Parkinson, ceguera, hemiplejía o hemiparesia a predominio braquial, falta de algún miembro superior, entre otras. También cuando se trate de un iletrado, en estos casos pueden plasmar su huella en el modelo, no se debe considerar la dependencia física o la carencia de escolaridad como incapacidad.

Conclusiones.

1. El modelo de consentimiento informado que se aplica en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, En-

vejecimiento y Salud, no contiene los requisitos necesarios que debe tener un documento de esta naturaleza. El modelo está redactado de manera general: no contiene los datos del paciente, la descripción del procedimiento y no incluye la declaración del tutor o representante legal en caso de incompetencia del paciente.

2. Se diseñó un nuevo modelo de consentimiento informado para el adulto mayor hospitalizado.

Recomendaciones.

1. Se recomienda validar el modelo de consentimiento informado diseñado.
2. Extender esta investigación a otros servicios de geriatría en la capital y el resto del país.

Bibliografía.

1. Comallonga Isach M; Zomariago Izquierdo G. Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. En: Llera Guillén F; Cantera Ruipérez J; Salgado Alba. Manual de Geriatría. 3ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2002. p. 63-73.
2. Corujo E; Hernández Pérez de Guzmán D. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En: Colectivo de autores. Manual de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006. P.47-58.
3. Salgado Alba A; Montalvo González JI. Geriatría, especialidad médica, historia, conceptos, enseñanza de la geriatría. En: Llera Guillén F; Cantera Ruipérez J; Salgado Alba. Manual de Geriatría 3ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2002. p. 63-73.
4. González Rebollo A; Terregosa Petidier R. Nuevas unidades asistenciales. Equipos de valoración geriátrica hospitalarios. Programas de soporte a domicilio coordinación sociosanitaria En: Llera Guillén F; Cantera Ruipérez J; Salgado Alba. Manual de Geriatría 3ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2002. p.99-210.
5. Judez J; Nicolás P; Delgado M T; Hernando P; Zarco J; Grannollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: Historia clínica y gestión de la información. Bioética Para Clínicos. Med Clin (Barc), 2002; 118(1); 18-37.
6. Sierra Clerencia M; Ortiz de Landázuri; Galind J; Fornies López A; Iturralde F. Aspectos éticos. En: Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006. P.123-131.
7. Sepúlveda Moya D; Ruipérez J. Aspectos éticos y legales. Consentimiento informado. Directrices anticipadas, abuso y maltrato. En: Llera Guillén F; Ruipérez J; Salgado Alba. Manual de Geriatría 3ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2002. p. 813-823.

8. Barrante M; Rodríguez E; Lama A. Relación Médico paciente: Derechos del Adulto Mayor. Acta bioethica.15 (2) Santiago de Chile, Nov. 2009 (Internet) [citado Sep.2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2009000200013&script=sci_arttext&tlng=en
9. Lord S Y Col. Consentimiento informado en psiquiatría: Un formulario escrito para terapia electoconvulsiva(TECA) o electroshock.An. Psiquiatr.1992;8(7):245-252.
10. Dabove M I. Consentimiento informado y derecho de la ancianidad en los geriátricos actuales. En: Hooft PF; Chaparro E y Salvador H. (coord.). VII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética (p. 169). Mar del Plata: Suárez.
11. Ivashkov Y, Van Norman G. Consentimiento informado y manejo ético del paciente anciano. Anesthesiology Clin N Am.2009; 27(3):569-80.
12. Barreiro Castro J. La implantación del consentimiento informado en los hospitales de Galicia. CB 3 (1) 1998; p. 67-74.
13. Vega Monteagudo C. Consentimiento Informado y Compromiso profesional. En: Colectivo de autores. Esayos de Bioética III. Barcelona: Edit. Fundación MAPFRE; 2003:193-208.
14. Equipo de Reflexión Bioética. Consentimiento informado. La Habana: Centro de Bioética Juan Pablo II; 2001.
15. Santiesteban Sánchez A M. El consentimiento informado y la relación Médico-Paciente. Centro de Bioética Juan Pablo II .Rev. Bioética; 2009, 9 (3). p.4.
16. Zorro Rojas E. El consentimiento informado en la práctica clínica. Programa de maestría en Bioética. Organización Panamericana de la Salud. España: Ministerio de Salud Pública. ICEB; 2006.
17. Collazo E. Consentimiento Informado en la práctica médica. Fundamentos bioético y aspectos prácticos. Cir Esp. 2002; 71 (6): 319-24.
18. Rubiales A S; Del Valle ML; Agravia M; Rey P; Vecino A; López Lara F. Firma del consentimiento informado en oncología. Cuadernos de Bioética, 2000; 1:99-106.
19. Casero Vidal M. C. La problemática del consentimiento informado. Valencia, CB 33, 1º 1998 ;p. 12-24
20. Sánchez Caro J. El consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 138-44.
21. Agencia Valenciana Salut. Guía de documento de consentimiento informado (sitio de internet). 2010 [citado Agosto 2011]. Disponible en: <http://www2.uah.es/bioetica-alcalá/comisión%20consentimiento%20informado.pdf>
22. Simón Lorda P; Gutiérrez Júdez J. Para el proyecto de Bioética para clínicos del instituto de bioética de la fundación de ciencias clínicas. 117 (3); 2001 p. 9-106.
23. Gil A; Lavilla P. ¿Debe anales Españoles de pediatría publicar estudios que no incluyan consentimiento informado? AN ESP Pediatr, 2002; 57 (6): 508-10.

Anexo. No. 1.

Propuesta de Consentimiento Informado

A. Identificación

1. Nombre Técnico del procedimiento: _____.

1.1. Descripción del procedimiento: _____

1.2. Tipo de Anestesia: _____

1.3. Descripción de las posibles complicaciones del procedimiento y las que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente:

B. Declaración del paciente:

1. Se me ha explicado, la naturaleza y el propósito del procedimiento. También se me ha dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las alternativas de tratamiento. Además se me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se me va a aplicar y las complicaciones que pudieran presentarse por las enfermedades que padezco.

2. Doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento descrito arriba.

Firma del paciente: _____.

Firma del familiar: _____.

Nombre del familiar y parentesco: _____.

C. Declaraciones y firmas:

1. Médico Geriatra responsable o Cirujano: He informado a este paciente el propósito y la naturaleza del procedimiento y de sus alternativas, beneficios y riesgos de complicaciones del procedimiento y las complicaciones que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente.

Firma y cuño del médico Geriatra o Cirujano: _____

2. Tutor legal o familiar: Se me ha explicado que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba, o sea, ha sido considerado incompetente. El médico me ha explicado cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones y las que pudiera derivarse de las enfermedades que padece mi familiar. He comprendido todo y por ello yo _____ doy mi consentimiento para que le realicen el procedimiento descrito arriba.

Firma del tutor/familiar: _____

Nombre y parentesco del tutor o familiar: _____

El paciente no puede firmar por: _____

Huella:

D. Fecha: _____

Paciente 1er Apellido	2do Apellido	Nombre	H.C
Sala	Cama	Médico de Asistencia	