

## Respecto al consentimiento informado y su documentación

Aldo Barajas-Ochoa<sup>1</sup> y Zalathiel Barajas-Ochoa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina, Rutgers New Jersey Medical School, Nueva Jersey, Estados Unidos; <sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades 25, Monterrey, Nuevo León, México

Leímos con interés el artículo “El consentimiento informado: recomendaciones para su documentación” escrito por Celis *et al.*,<sup>1</sup> publicado en el número 6 de 2018, de *Gaceta Médica de México*.

En el artículo se señala acertadamente que el consentimiento informado (CI) es un acto de igualdad que va más allá de la declaración de riesgos y beneficios. Consideramos importante insistir en la diferencia fundamental entre el CI y el documento del consentimiento informado (DCI). El CI es un proceso complejo que requiere cinco elementos: capacidad de decisión, explicación de la intervención propuesta, entendimiento, voluntariedad y autorización.<sup>2,3</sup> Primero, el paciente (o su representante) debe tener capacidad de decisión. En seguida, el médico (idealmente quien realizará la intervención o quien conozca la intervención a fondo) debe asegurarse que el paciente entienda el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y explicar de forma entendible la naturaleza y propósito de la intervención planteada, los riesgos y beneficios, y las alternativas disponibles.<sup>4</sup> Finalmente, el paciente decide sin coerción y consiente o no a la intervención. El CI es un proceso de comunicación<sup>3</sup> y el DCI es solo una forma de plasmar la

autorización del paciente.<sup>2-4</sup> Que un paciente firme un DCI no implica la existencia del CI.<sup>4</sup>

Además, en el artículo se señala que el propósito del DCI no es proteger al médico (este uso distorsionado está bien documentado<sup>4,5</sup>), “sino proteger a los pacientes de eventuales abusos y omisiones del personal de salud”.<sup>1</sup> Resulta alarmante pensar en esos “abusos” al paciente, que nos hacen cuestionar la idoneidad para ser personal de salud de quienes violan deliberadamente los principios de beneficencia y no maleficencia.

### Bibliografía

1. Celis MÁ, Halabe J, Arrieta O, Burgos R, Campillo C, De la Llata M, et al. El consentimiento informado: recomendaciones para su documentación. *Gac Med Mex.* 2018;154:716-718. DOI: 10.24875/GMM.18004339.
2. De la Mora-Molina H, Barajas-Ochoa A, Sandoval-García L, Navarrete-Lorenzon M, Castañeda-Barragán EA, Castillo-Ortiz JD, et al. Trends of informed consent forms for industry-sponsored clinical trials in rheumatology over a 17-year period: Readability, and assessment of patients' health literacy and perceptions. *Semin Arthritis Rheum.* 2018;48:547-552. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2018.03.008.
3. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med.* 2015;372:855-862. DOI: 10.1056/NEJMra1411250.
4. Jefford M, Moore R. Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *Lancet Oncol.* 2008;9:485-493. DOI: 10.1016/S1470-2045(08)70128-1.
5. Faden R, Beauchamp T. A history and theory of informed consent. Nueva York, EE. UU.: Oxford University Press; 1986.

### Correspondencia:

Aldo Barajas-Ochoa  
E-mail: aldouch5@gmail.com

Fecha de recepción: 27-01-2019  
Fecha de aceptación: 13-02-2019  
DOI:10.24875/GMM.19005031

*Gac Med Mex.* 2019;155:217  
Disponible en PubMed  
www.gacetamedicademexico.com