

Artículo de revisión

Manejo bioético de la información al paciente en el tratamiento de las deformidades faciales.

Bioethics handling the information's to the patient in the facial deformities' treatment.

Elizabeth Blanco Moredo, Concepción Pereira Dávalos, Yamely Domínguez Sánchez

Universidad Médica de La Habana, Hospital Universitario “General Calixto García “ Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”

Correspondencia elizabbblanco@infomed.sld.cu

Recibido: 2018-05-18 Aceptado: 2018-10-11

Resumen

Introducción: Dentro de la Cirugía Maxilofacial existen múltiples conflictos éticos uno de ellos consiste en el manejo de la información a los paciente que van a ser tratados por deformidad facial lo que constituyó la motivación de este artículo. Objetivo: *Analizar el manejo bioético de la información que se le brinda a estos paciente.* Método Se realizó una revisión en los buscadores: Scielo, Hinari, y Medline. Se trabajó con 15 artículos de ellos 73.3 % de los últimos 5 años. Resultados: el enfoque bioético de la información a los pacientes esta mediado

Summary.

Introduction: Inside the Surgery Maxillofacial multiple ethical conflicts exist one of them it consists on the handling from the information to the patient one that you/they will be treated by facial deformity what constituted the motivation of this article. Purpose: To analyze the handling bioético of the information that is offered to these patients. Method: was carried out a revision in the searchers: Scielo, Hinari, and Medline. One worked with 15 articles of them 73.3 % of the last 5 years. Results: the focus bioético of the information to the patients this

Introducción

Desde siempre ha existido la necesidad de considerar y establecer las normas éticas que deben regir el uso de las nuevas tecnologías; así como también el estudio de los riesgos que podría traer a la sociedad de no lograrse un

por la interpretación sociocultural y todavía no se encuentra al alcance de sus expectativas Conclusion: La información debe ser manejada en una relación de confianza y respeto médico-paciente; con palabras claras y accesibles, con el propósito de que el paciente sea partícipe y promotor de su tratamiento. Garantizando de esta forma los principios elementales de la ética médica.

Palabras claves. Deformidad facial, ética médica, consentimiento informado

half-filled one for the sociocultural interpretation and it is not still within reach of their expectations Conclusion: The information should be managed in a relationship of trust and doctor-patient respect; with clear and accessible words, with the purpose that the patient is participant and promoter of her treatment. Guaranteeing this way the elementary principles of the medical ethics.

Key words facial deformities, medical ethics , informed concern

consenso al respecto. La ética y el derecho confluyen entre sí por las nuevas realidades de conocimiento que cuestionan la esencia misma del ser humano actual.¹

Existe una gama de documentos que respaldan a los pacientes en relación con sus derechos. La Declaración de Helsinki y el Código de

Nüremberg son adoptados por la Asociación Médica Mundial en 1964 y toman en cuenta todos los elementos éticos importantes en la investigación biomédica en la que se incluyen sujetos humanos. En particular se establece que nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.¹

Uno de los procesos más difíciles en la actual práctica médica es el de conocer hasta cuándo suministrar información a los enfermos, pues no se puede pasar del conocimiento necesario al miedo. Por ello la explicación del proceso o enfermedad debe ser adecuada (no exhaustiva) así como de las alternativas existentes, guiadas por la verdad, hasta colmar el interés del paciente.²

Dentro del campo de la Cirugía Maxilofacial existen múltiples conflictos éticos. La cara, por ejemplo, es el soporte anatómico para el funcionamiento de nuestros sentidos y piedra angular para la integración social porque constituye parte activa de la comunicación verbal y extra verbal. Cualquier alteración morfológica tiene una repercusión en el individuo como ser biopsicosocial y en la actividad humana circundante ya sea de forma directa o indirecta. De Ahí que, cuando existe una deformidad facial el tratamiento de esta es de vital importancia para restaurar el equilibrio perdido. Por tanto el manejo de la información a los pacientes con diagnóstico de deformidad facial y sus familiares es estratégico. Se realiza este trabajo entonces con el objetivo de *Analizar el manejo bioético de la información que debe ser dada a los pacientes con deformidad facial.*

Material y método.

Se realizó una revisión bibliográfica de junio a noviembre del 2017, sobre artículos con temas referentes a la Bioética en la práctica médica y Deformidad facial. Los criterios de inclusión en la búsqueda fueron: Ética, bioética, Deformidad Facial, Consentimiento informado y CTS. Esta revisión se realizó a través de los buscadores de información y plataformas: Scielo, Hinari, y Medline. Se revisaron artículos de revistas de impacto relacionadas con este tema y trabajos

presentados en las Eventos Científicos de Salud. El resultado de la búsqueda arrojó un aproximado de 40 artículos que fueron filtrados por la autora con el propósito de conservar solo los que trataron las temáticas específicas y de mayor actualización bibliográfica. De esta manera que el estudio se circunscribió a 19 artículos con el 57.89% de los artículos fue de los últimos 5 años. Los idiomas de los artículos revisados estuvieron representados por el inglés, y el español.

Análisis y síntesis de la información

La profesión médica es compleja y con gran repercusión y sobrecarga social, es el eje y punto de mira de todos los ciudadanos, en su creencia de la existencia del médico que cura todos los males y en la seguridad de que tarde o temprano por una causa o por otra, a algún médico tenemos que ir a lo largo de la vida.³

Las deformidades faciales son un grupo de signos y síntomas que determinan una deficiencia funcional y/o estética que pueden limitar la fonación, la masticación, las cuales presentan en mayor o menor medida desfiguración facial, alteraciones de la postura cráneo cervical y dolor en la articulación temporomandibular; lo cual repercute psicosocialmente en el paciente: con una disminución de su autoestima, limitando su actividad social, en consecuencia existe un compromiso de su calidad de vida. Aunque los defectos faciales no constituyen causa directa de muerte sí provocan un impacto negativo tanto en el medio familiar como en el contexto social.^{4,5}

Siempre es un reto la reconstrucción de las deformidades faciales y muy a pesar de los adelantos científicos de la contemporaneidad estamos lejos de alcanzar en muchas ocasiones la perfección de las expectativas del paciente. Esta es una entidad muy compleja en su tratamiento porque aun cuando no representa una urgencia médica, sus resultados repercuten de forma significativa en la funcionalidad de los pacientes.

En la antigüedad, la idea que predominaba era que cuando el paciente tenía una enfermedad de difícil pronóstico, no se le decía, pero sí a sus

familiares. Nadie velaba por el derecho del enfermo a saber la verdad y el médico sólo informaba a la familia.⁶

La libertad humana nos distingue del resto de las especies. Filosóficamente, cada persona es un fin en sí misma, y no un simple medio, ni siquiera para hacerle el bien. Por ello se exige respeto exquisito y consulta, también para lo que afecta la corporeidad, sin distinción de raza, cultura, religión, condiciones de salud o situación socioeconómica. Esta debe ser considerada como el patrimonio de toda persona, la que se opone a toda instrumentalización de un individuo.⁷

Ahora se admite que la ciencia y las políticas que en ella se asientan, se vinculan estrechamente con los valores que guían las decisiones; en muchos casos se carece de respuestas únicas y completas y en consecuencia, es preciso aprender a lidiar con la complejidad, la incertidumbre, el riesgo.⁸

Para valorar el manejo bioético de la información que se le brinda a los pacientes que presentan una deformidad facial y sus familiares es imprescindible el estudio de la evolución de la bioética como ciencia y de su expresión legal el consentimiento informado (CI).

Las éticas profesionales han desempeñado siempre la función de agrupar y hacer consciente el estatuto de moralidad correspondiente a las actividades específicas de una profesión dada. Sus códigos y normas ayudan a precisar el sistema de valores involucrado y formar a los individuos en éste, estrechamente unido a la actividad concreta y sus destinos sociales.⁹

La bioética, como una nueva disciplina del saber, ha despertado el interés de numerosos investigadores y científicos en todo el mundo; y en las ciencias médicas esta alcanza sus más disímiles aplicaciones que van desde el inicio hasta el final de la vida humana.¹⁰

Surgió como pensamiento ético que responde a problemas de nuevo tipo, para los cuales los modos tradicionales de reflexión ética, parapetados tras un deber ser bien definido y estable resultan impracticables. Sus asuntos

abarcan un verdadero universo: el nexo entre la revolución biológica, la tecnológica, el medio ambiente y la ética; el nexo del conocimiento y los valores, el mundo del hombre y la vida.⁹

La Bioética, como disciplina académica, ha logrado un gran desarrollo que incluye en la actualidad un gran número de doctrinas y problemas. Las cuestiones contenidas bajo el rótulo bioética, en sentido amplio, comprenden asuntos relacionados con la bioética, pero también con la biomoral y la biopolítica. Así, los diferentes sistemas bioéticos no son ajenos a las morfologías histórico-culturales y las realidades sociales y políticas en que aparecen y sobre las cuales se asientan y desarrollan.¹¹

El desarrollo de esta ciencia en Iberoamérica habría pasado por una recepción inicial de la americana, un posterior período de asimilación crítico durante los años 80, para entrar en una fase de reconstrucción o recreación, a partir de los años 90, con una práctica según características propias, pero abierta a otras propuestas. En contraste con la Bioética desarrollada en las sociedades donde se originó, tuvo como resultado el debate, aún inconcluso, sobre la existencia o no, desde el punto de vista gnoseológico, de una Bioética iberoamericana con fundamentos y características distintivas.¹¹

En la formulación de los *principios bioéticos* influyeron conceptos de distintos autores y tradiciones filosóficas. Así, respecto del principio de autonomía, se destaca la influencia decisiva de la ética kantiana. La autonomía se entiende como la capacidad de cada sujeto no sólo para escoger libremente sus propios cursos de acción a realizar, sino que, además, el criterio axiológico de corrección o incorrección de esas acciones resulta establecido por el mismo sujeto. Se ha señalado que en la sociedad liberal, la autonomía individual constituye un valor absoluto, "es decir, intrínsecamente bueno a pesar de cualquier consecuencia que pudiera acarrear" y, a pesar de las críticas recibidas, es el principio que ha adquirido una especial relevancia.¹¹

Los principios de beneficencia y no maleficencia, tal y como los aborda la Bioética contemporánea, estarían influidos, por dos corrientes filosóficas subyacentes: por un lado el escepticismo. Su principal exponente sería T. Engelhardt: en el mundo pluralista democrático, la reflexión bioética debe ser minimalista y permisiva porque no hay bienes en sí, ni existe un consenso social determinado sobre un conjunto de valores o moralidad pública que deba ser salvaguardada por ley, esto es, no existe un acuerdo sobre una jerarquía de valores que podría sustituir a la autonomía del individuo como referencia principal. Se impone así una ética de mínimos en la esfera pública, respetuosa con la autonomía y pluralismo ético, frente a una ética de máximos, que quedaría confinada en el recinto de la moralidad personal. Por otro lado, está la corriente filosófica del utilitarismo, que tiene su origen en Inglaterra, en la persona de Jeremy Bentham y es continuada por su discípulo James Mill y el hijo de éste, John Stuart Mill.¹¹

Por último, el principio de justicia, entendido como la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto al Estado, la distribución equitativa de los servicios de salud en la comunidad. El fundamento de este principio remite a las obras de Rawls y Nozick, filósofos que tienen sus raíces en el utilitarismo y el contractualismo.¹¹

En Cuba existen otros pilares como la responsabilidad y el humanismo. Es precisamente el hombre, su vida, bienestar, salud, libertad y progreso, quien le confiere sentido a la ciencia.

Repercusión bioética de la relación médico-paciente

La profesión médica ya no puede confiar por entero en su propia conciencia, porque las cuestiones a las que sus miembros deben responder ya no están relacionadas simplemente por la clásica relación médico-paciente, el método decisionista, donde importa, sobre todo, tomar una decisión adecuada al caso, a partir de la experiencia clínica precedente, condensada en pautas de conducta profesional y sin que interese

fundamentar la decisión tomada en principio ético alguno resulta frecuente. La absolutización del valor de la experiencia clínica en la toma de decisiones, conduce a la conformación de una moral médica, pero no de una ética clínica auténtica.¹²

Desde el punto de vista bioético personalista, el ser humano constituye el centro de toda actividad. Por otra parte, la bioética es la ética de la vida, del ser humano como ser biológico que nace, vive y muere; del ser humano y su entorno social, lo que da origen a derechos y deberes en relación con ese ser viviente.¹³

La relación médico paciente en Cuba es buena, como consecuencia de la formación integral de los galenos y por la idiosincrasia cubana comunicativa y diáfana. Estos elementos, unidos a nuestras raíces latinas hacen; sin embargo, que tanto el personal médico como los pacientes adopten una actitud "paternalista", en la que los primeros creen hacer siempre lo mejor y los segundos consideran que "el médico sabe" y que "lo que haga o decida el médico, está bien hecho".²

Es por ello que aunque se crea que se aplica el principio bioético de la autonomía, verdaderamente lo que siempre se pone en vigor son los principios de beneficencia y no maleficencia "prevenir y contrarrestar el daño y hacer el bien". Queda por sentado que el principio de justicia también se aplica en todos los casos.²

Los conocimientos y los valores morales son premisas fundamentales para estudiar cualquier problema bioético. La integridad se analiza aquí como la virtud moral, pero también es necesario definir la integridad en su significado para el paciente, como la armonía completa de este, o sea, su equilibrio en las tres esferas básicas que lo complementan: biológica, psicológica y social, sin olvidar que cualquier acción médica debe estar dirigida a restablecer esta armonía. El hecho de que una persona ajena al paciente irrumpa en su intimidad, como es el caso del médico —aun cuando sea con las mejores intenciones— puede constituir potencialmente una agresión, que si no se enfoca con el debido cuidado y

respeto, desencadenará nuevos desequilibrios.¹²

En 4 preceptos de nuestros principios de la ética médica actual, se señala la relación con la actuación ante el paciente y familiares:

- Propiciar una adecuada relación personal con el paciente, que le inspire un estado anímico de seguridad; explicarle su estado de salud y las causas de su enfermedad, con el tacto y la prudencia necesarios, e informarle, oportunamente, las medidas preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación que debe adoptar, o a las que ha de ser sometido.
- Establecer similar relación con los familiares del paciente, informándoles, en cualquier momento, todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, propiciando obtener el máximo apoyo y cooperación posibles, en lo relacionado con la prevención, curación y rehabilitación de su familiar.
- Escuchar las preocupaciones y dificultades del paciente y sus familiares, darles la atención requerida y esforzarnos por viabilizar las soluciones posibles.
- Utilizar, en todo momento de nuestras relaciones con los pacientes y sus familiares, un lenguaje claro, sencillo y comprensible, erradicando cualquier expresión soez o de mal gusto.⁶

Cuando evaluamos las posibilidades de aplicación de causa-efecto en la esfera de la preservación de la salud, estamos aplicando la concepción filosófica de que existen cambios y desarrollos constantes, así como contradicciones internas que llevan a cambios cualitativos de la materia. En este sentido, la doctrina de la relatividad del conocimiento humano proporciona un reflejo de la materia en eterno desarrollo. Con este enfoque estamos aplicando la dialéctica en las ciencias médicas y la respuesta a muchas interrogantes que nos

crean las manifestaciones clínicas de variadas enfermedades.⁶

La presencia de un paciente de difícil tratamiento como es el caso de los pacientes con deformidades faciales, impulsa al médico a aplicar los avances de la ciencia y de la práctica avanzada para salvaguardar la vida del ser humano y proporcionarle una mejor calidad de vida. Así, ante cada reto científico los hombres de ciencia buscan la verdad científica de cada fenómeno. La ética médica clínica ha sido el exponente tradicional de la relación médico-paciente, tanto en el consultorio como en las salas de hospitalización, adquiere una significación muy especial: no se trata solo de establecer una relación médico-paciente, sino mucho una relación más amplia, en el sentido de una relación médico-hombre –familia, donde la ética adquiere una nueva dimensión y va mucho más allá de la cabecera del paciente.⁶

En Cuba por el desarrollo cultural e idiosincrasia la relación medico pacientes es asimétrica el primero: tiene autoridad sobre su materia, el control de la información acerca de lo que está ocurriendo, su comprensión y conocimiento permiten sentir un mayor dominio de la situación por lo que no siempre se cumple a cabalidad el principio de la equidad y de la autodeterminación pues en contraposición el segundo deja la responsabilidad de su tratamiento en la opinión médica sin valorarla desde su individualidad. Es importante tener en cuenta la personalidad del paciente en la evaluación de la información a suministrar. Recordar que el exceso en la información puede ser contraproducente como un mecanismo contrario a al control de la situación. Los médicos deben ser sinceros y, no obstante, transmitir una sensación de optimismo. Algunos pacientes deben ser prevenidos de aquellos que hacen falsas promesas de curación. El paciente debe sentir que todos los miembros del equipo sanitario están interesados y disponibles para contestar sus preguntas. El médico debe propiciar discusiones sinceras sobre la atención en fases terminales y sobre los últimos progresos médicos en el momento oportuno. Nuestros preceptos médicos y el

alcance social de estos están acordes con los planteamientos del Juramento Hipocrático, que cita en su segundo punto:

- Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determina la ley médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.⁶

No es basta con brindar la información técnica. La explicación debe realizarse en un lenguaje claro y conciso, adaptando la información al nivel de instrucción y a la capacidad de comprensión de cada enfermo. El derecho a decidir tanto del paciente como del médico, implican necesariamente que el profesional pueda aceptar y reconocer en los otros un pensamiento diferente del propio.

Es importante realizar una elección que resulte útil al objetivo del acto médico (curar) y respete siempre, de forma paralela, el bien integral de la persona. Es por esto que la elección del bien del enfermo constituye en conciencia una auténtica elección moral, la convicción de que elige el verdadero bien del enfermo. Esta elección no decide todavía la intervención médica, pues exige la aceptación del enfermo, quien tras un verdadero diálogo con el médico juega un papel importante en la decisión terapéutica. El acto médico personalista se somete a la libertad de los dos agentes, pero es siempre un acto reflexionado y decidido en conciencia.¹⁴

Según refiere Astray San-Martin en un Seminario en bioética del 2006, la enseñanza de dicha ciencia está comenzando a demostrar su utilidad en el perfeccionamiento del razonamiento moral de los profesionales al mejorar la capacidad del médico para identificar valores y conflictos de valores, al capacitarlos para manejar mejor los dilemas éticos y potenciar la percepción de las propias responsabilidades. Los hechos convierten las decisiones en técnicamente buenas, mientras

los valores hacen que las decisiones sean éticamente buenas.¹²

De acuerdo con lo que afirma Rubio, en el trabajo diario tender a la excelencia, a la máxima expresión de nuestras potencialidades, implica tanto la competencia científica y técnica, como las habilidades de comunicación y la impregnación de nuestros actos de valores como dedicación, respeto, proximidad, prudencia, equidad y honradez, así como que la ética clínica debe encontrar su sitio en el espacio entre paciente y profesional sanitario con el objetivo de mejorar la calidad de la atención al paciente.¹²

Basado en el principio de la autonomía fundamentado en la dignidad y la libertad humana se ha instituido el CI, en él están involucrados otros principios éticos como la competencia, la veracidad y la beneficencia. Este procedimiento permite al paciente, atento y mentalmente competente, la explicación de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo/beneficio de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para tener una información amplia sobre el proceder en cuestión y a continuación solicitar su aprobación y ser sometido a esos procedimientos para que de esta forma participe activamente en la toma de decisión sobre su salud.^{2, 7, 9}

El término de CI comenzó a circular en los Estados Unidos de Norteamérica en 1957, en un famoso proceso legal: el caso Salgo. Desde entonces, comenzó a contemplarse la posibilidad de que el consentimiento informado fuera considerado como un derecho del paciente. Así, del campo jurídico pasó al de la ética médica.¹⁵

El Colegio Médico Americano, en su Manual Ética, de 1984, define al consentimiento informado de la siguiente forma: «El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como de los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a

continuación solicitarle su aprobación para someterlo a ese procedimiento; pensamos que no deben omitirse otros requisitos indispensables como: la información debe brindarse al paciente con lenguaje claro, la colaboración debe obtenerse sin manifestaciones de fuerza, por lo que el médico no puede sacar partido de su potencial dominio psicológico». ¹⁵

Durante el proceso dialógico que caracteriza al consentimiento informado, el paciente debe comprender sus derechos así como las responsabilidades que implica asumir la aceptación de un tratamiento, con el propósito no solo de beneficiarlo desde el punto de vista estético, sino también para reintegrarle su estado de salud perdido y ofrecerle un mejor nivel de vida. ¹

El CI para tratamientos estéticos posee implicaciones importantes, pues en él confluyen tanto aspectos ético-filosóficos como sociales, científicos, personales, jurídicos e institucionales, al mejorar la calidad de la atención. El consentimiento informado no se reduce a la firma de un documento legal que constata el acuerdo del paciente, por el contrario, promueve una relación de naturaleza deliberativa donde el diálogo, la comunicación y la convivencia entre médico y paciente es fundamental para intercambiar expectativas, cosmovisiones, estilos de vida en su entorno y hacer frente a los problemas de salud; por lo tanto, el consentimiento válidamente informado trasciende lo legal. ¹

El documento consta, por tanto, de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento. La información corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes: Primero, el descubrimiento de la información, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber e incluye la naturaleza del proceder, las alternativas razonables del mismo, sus riesgos y beneficios. Segundo, brindar una información comprensible con lenguaje claro y preciso. ²

La competencia tiene relación con la capacidad para comunicarse con el profesional de salud;

comprender la información ofrecida, la capacidad de juicio y discernimiento y la decisoria. La competencia estará comprometida en pacientes con déficit neurológico y/o enfermedades mentales, y menores de edad. Si el paciente no es competente no puede otorgar su consentimiento y deben ser los padres, familiares o sus representantes legales quienes cumplan esta función. ⁷

El CI más que un documento es un proceso, una forma de relación médico-paciente. La finalidad del proceso del CI no debe ser nunca la firma del documento y siempre debe ir precedido del diálogo. La hoja informativa ofrece información necesaria, pero cada paciente determina si con esta es suficiente para aclarar todas sus interrogantes. Además, la hoja informativa no le explica al paciente el motivo específico por el cual se le indica la técnica ni los riesgos personalizados. Esta información se deberá dar oral y personalizada. ⁷

En Cuba se han conseguido logros científicos-técnicos la atención médica es de elevado nivel y actualmente se trabaja para alcanzar la excelencia en los servicios, la cual se sustentará entre otros requisitos, en el respeto a quien los recibe y a quienes lo ofertan, representado en el CI según los principios de la bioética. En el marco hospitalario e institucional las Comisiones de Ética Médica serán los máximos responsables de la calidad de este proceso. ⁷

Es importante recordar que en la relación médico-paciente, el paciente no solo tiene derecho a ser informado sino también a ser convencido y ayudado por el profesional para vencer sus temores. Es un error pensar que el motivo del CI más que proteger al paciente es proteger al médico o a la institución contra reclamaciones legales y que resguardará su responsabilidad profesional ante un reclamo por mala praxis. ⁷

Actualmente el consentimiento informado constituye un elemento esencial en la relación médico-paciente. El consentimiento informado va más allá de la firma de un documento de

autorización, ya que constituye un proceso que supone una relación de información, comprensión, confianza y autorización entre ambas partes. La doctrina del consentimiento informado se basa en el principio ético del respeto a las personas como seres autónomos, con dignidad y capacidad de autodeterminación.¹⁵

En el desarrollo de la práctica del consentimiento informado, el Cruz y col. no consideran necesario ofrecer al paciente y sus familiares un «megadocumento» que recoja todo tipo de posibles procedimientos a realizar y complicaciones a esperar. Esto podría dar lugar a un largo y tortuoso proceso de explicaciones conceptuales, o a la obtención de firmas por el cansancio de los pacientes y familiares, que pudieran encontrarse agobiados por el exceso de palabras nuevas, y ansiosos porque se solucione el problema. Ningún documento sustituye a la oportuna y eficiente comunicación verbal que se establece durante el proceso de asistencia médica.¹⁵

Existen diferentes criterios en relación con la real competencia del sujeto para decidir. En la cultura anglosajona se enfoca el problema desde una perspectiva ética que apoya la libertad individual, mientras que en los países del Tercer Mundo, la participación de la familia en estas decisiones es fundamental por razones de índole cultural y económica.²

Referencias bibliográficas

1. Chaple Gil AM. Consentimiento informado en tratamientos estéticos dentales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2015 [citado 2017 Dic 09]; 52(Suppl 1): 85-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500011&lng=es.
2. Vallongo Menéndez MB. Consentimiento informado. ¿Un derecho?... ¿Un deber?... Rev cuba anesthesiol reanim [Internet]. 2012 Ago [citado 2017 Dic 09]; 11(2): 116-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000200007&lng=es.

En opinión de la autora para garantizar un tratamiento bioético adecuado es importante que la información sea ofrecida en un lenguaje claro, asequible y conciso, individualizada en correspondencia con la competencia de cada paciente y de preferencia con la participación de familiares previo consentimiento de este. Este acto debe tener un carácter dual escrito y verbal; donde en el documento que recoja formalmente el consentimiento quede claro los aspectos antes descritos y además exista una relación médico-paciente eficiente que permita la evacuación de todas las dudas para servir de sostén a la confianza del paciente y los familiares con vistas al tratamiento. De esta forma cumplimentamos los principios bioéticos de nuestra medicina cubana que como diría nuestro apóstol José Martí que la ley primera sea la dignidad plena del hombre.

Conclusiones

El manejo de la información debe ser tratada a partir de una relación de confianza y respeto médico-paciente; donde se le ofrezca al mismo la realidad de su diagnóstico en palabras claras y accesibles a este, con el propósito de que sea participe y promotor de su tratamiento y no que la información recibida se convierta en tóxica e intervenga en el correcto desarrollo del mismo. Garantizando de esta forma los principios elementales de la ética médica.

3. Orrego Puelles E.; Mal praxis Médica. Disponible en: http://rubenbrizuela.americas.tripod.com/malpraxis_2003.htm (7 of 8)12/07/2004 12:16:48
4. Meras Jáuregui TM, Morales Pérez YJ, Cazañas Montero R, Guardado Valdés Y. Repercusión de la rehabilitación con prótesis obturatriz en pacientes tratados en el Centro de Prótesis Bucomaxilofacial .Vol 19, No 2 (2015) <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1801/1519>
5. Panizo Bruzón SE, Santos Medina SJ, Bouza Piard L. Aspectos celulares en el diagnóstico y tratamiento de los defectos faciales Vol. 39, núm. 11 (2014)

- <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/166/222>
6. Larrea Fabra ME. Consideraciones éticas ante el paciente con hemorragia digestiva alta. Rev Cubana Cir v.48 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009
 7. Martín Hernández I. Consentimiento informado en la punción lumbar. Una propuesta para su ejecución. Rev Hum Med [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Dic 09]; 13(3): 682-701. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000300007&lng=es.
 8. González Díaz SP, Núñez Jover J. Desafíos emergentes en los vínculos entre ciencia, naturaleza y sociedad: la Ciencia de la Sostenibilidad. Rev Hum Med [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Jun 12]; 14(2): 522-546. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200017&lng=es.
 9. López Bombino LR, Armas Vázquez A, Porto ME. Por una nueva ética. Ed .Félix Varela. La Habana 2009
 10. Valdés Yong M, Hernández Núñez J. La bioética en el desarrollo de la ginecobstetricia. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Dic 03]; 33(4): 431-440. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000400010&lng=es
 11. Lozano Vicente A. Sobre la Bioética iberoamericana: una paradoja. Rev Hum Med [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Dic 03]; 14(3): 570-588. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000300001&lng=es
 12. Lapidó Polanco SI, Baldoquín Rodríguez W, López González M. La miopía degenerativa desde una perspectiva social. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Jun 12]; 27(3): 455-470. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000300012&lng=es.
 13. Vigil Zulueta IA, Domínguez Eljaiek CF, Hernández Zayas MS, Domínguez Osorio CA. Enfoque bioético de la discapacidad y calidad de vida. MEDISAN [Internet]. 2013 Ene [citado 2017 Jun 12]; 17(1): 148-156. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100018&lng=es.
 14. Barroso Lorenzo R, Miranda Hernández I, Hernández Silva Juan R, Núñez LY, Rojas Álvarez E. Enfoque filosófico del impacto de la cirugía refractiva ocular. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Jun 12]; 27(2): 283-293. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000200013&lng=es.
 15. Cruz Rodríguez J, Morales Valdés R Ramos Rodríguez J, Valdés Carranza I. Propuesta de modelo para el consentimiento informado en pacientes que requieren tratamiento quirúrgico. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Dic 09]; 20(4): 301-305. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000400008&lng=es.