Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 415-416

EDITORIAL

Representando a la Sociedad de Cirujanos de Chile, he participado los años 2002 y 2003 en el Departamento de Etica del Regional Santiago del Colegio Médico; variados son los reclamos presentados por pacientes o familiares, en distintas especialidades médicas. Desde el trato del médico hasta los resultados de tratamientos, operaciones o situaciones que derivan del déficit de recursos en los sitios de atención pública. Además están los casos por fallecimientos en que a veces aparece el desconocimiento de los familiares sobre las enfermedades que padecía esa persona y el permanente riesgo que tenía. En otras ocasiones es difícil explicarles que el deceso ocurrió a pesar de cumplirse las medidas terapéuticas adecuadas.

Interesa aprovechar esa experiencia y recalcar algunos puntos, buscando soluciones preventivas. Me referiré exclusivamente a los casos de pacientes quirúrgicos.

"Preparación actualizada del cirujano". Cuando los resultados no fueron satisfactorios ponen en duda la capacidad del cirujano, más que en los aspectos técnicos operatorios, en la falta de aplicación de protocolos de estudio en el preoperatorio, especialmente cuando ocurre una complicación que pudo haberse previsto con otros exámenes oportunos. La situación se agrava cuando cirujanos solicitados como peritos ad-hoc, concuerdan con la falta de aplicación de un protocolo; no es novedad desde hace muchas décadas, que ha sido la aplicación de protocolos actualizados sobre estudios, tratamientos y en técnicas operatorias regladas, los que han permitido llegar a mejores resultados. Lex Artis corresponde a la aplicación actualizada de estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, lo que se le exigirá al cirujano en caso de demanda judicial.

El cirujano estará siempre interesado en incorporar las nuevas técnicas, por su progreso y por mantenerse competitivo, conseguir el entrenamiento en esas nuevas técnicas solo puede obtenerse con el antiguo sistema de adscribirse a un grupo quirúrgico que ya las posea.

Uno de los hechos más relevantes en nuestro país para adquirir las destrezas en una nueva técnica operatoria, fue el período inicial de la Colecistectomía laparoscópica. Aunque existen programas de especialización de dos años de duración en especialidades derivadas de la Cirugía General, es posible que para un cirujano formado, entrenarse en una nueva técnica requiera un período no mayor de seis meses; su certificación puede ser mediante un programa de Diplomado en la correspondiente Escuela de Post Grado.

"Información verbal por el médico al paciente", considerada con frecuencia incompleta, especialmente sobre el porcentaje de éxito de una intervención quirúrgica y sobre su riesgo. Mayor reclamo ocurre si además del mal resultado, sucedió que el paciente acudió a la consulta sin familiares y también solo decidió someterse a determinada operación. Algunos casos eran pacientes de edad avanzada y pareció ilógico que el médico haya aceptado su decisión sin tener opinión de familiares o de un testigo.

Extensa difusión en textos, revistas médicas de circulación internacional, así como en Internet, ha tenido desde hace años la necesidad de agregar a la información verbal, la constitución de un documento que se denominó Consentimiento Informado. Aplicado más o menos desde 1980 en nuestro país, este documento ha adolecido de una serie de defectos, como consignar que el paciente ha entendido toda información verbal entregada por el médico tratante, que ha aceptado la proposición de determinada intervención y que además acepta que pueda ser reoperado si surgen complicaciones, pero lo que el documento habitualmente no ha especificado son las explicaciones sobre la enfermedad, sobre el pronóstico y sobre los riesgos. Agregado a esto, resulta que en general el documento ha sido entregado al paciente por un funcionario administrativo que no podrá resolverle ninguna duda.

Es evidente la necesidad de usar este instrumento escrito de información y considerando que la intervención quirúrgica propuesta al paciente, corresponderá a las intervenciones que competen a la especialidad de ese cirujano, será más expedito tener preparados documentos de Consentimiento Informado según diagnóstico y operación, agregando lo que sea particular para un paciente.

Al completar el documento, el médico debe tener presente que el paciente puede consultar a otros médicos de su confianza y también a sus familiares, por lo que es indispensable colocar los diagnósticos y las expresiones médicas habituales y no buscar palabras que pueden aparecer como más simples.

En publicaciones internacionales se insiste en dos situaciones: la firma del paciente en el documento de Consentimiento Informado, autoriza al cirujano para realizar una determinada operación y cuando se produce la situación de tener que agregar una operación complementaria debería obtenerse la aprobación de un familiar responsable o si fuera posible del propio paciente. Proceder quirúrgicamente sin esa aprobación, es considerada como una agresión. La segunda es que en el caso de reoperaciones es necesario suscribir un nuevo documento de Consentimiento Informado.

No hay una reglamentación legalizada sobre el Consentimiento Informado. Es de conocimiento general que en cuanto a los resultados no libera de responsabilidad al cirujano y que en definitiva su propósito es entregar una información fidedigna. Si se considera como un contrato, este será lógicamente entre dos partes: cirujano y paciente y estará claro en la clientela privada y en los casos de hospitales públicos en que el paciente será operado por el cirujano que extiende el documento. Diferente será la situación cuando el sistema en algún Servicio Quirúrgico sea designar un cirujano diferente al que atendió al paciente y que había tomado la responsabilidad de extender el Consentimiento Informado; deberá quedar especificada en dicho documento la aceptación por el paciente de ese sistema que establece la figura jurídica de “Responsabilidad delegada”, porque la jefatura del Servicio al decidir quien opere, está prolongando su responsabilidad.

La confección del ordenamiento diario de las operaciones de un Servicio en lo que se ha denominado “Tabla Operatoria”, consigna nombres de cirujanos en los que se ha efectuado una responsabilidad delegada, por lo que no es conveniente que ese equipo de profesionales sea modificado en el pabellón de operaciones sin la anuencia del Jefe que la había autorizado.

La misma figura jurídica se establece cuando debe designarse como cirujano, a un médico que está en formación de especialista y que para llegar a actuar como cirujano acredita un currículum operatorio importante como ayudante primero y está capacitado para someterse a un interrogatorio exhaustivo sobre el tema, por el cirujano tutor en la operación. Ninguna operación puede efectuarse por un cirujano en formación de especialista y tener de ayudante primero a otro igual, ya que ambos solo pueden operar teniendo como ayudante primero a un cirujano acreditado. Tampoco debe ocurrir que el médico en especialización quirúrgica, inicie la intervención mientras llega el cirujano.

De toda inconveniencia es someter a una operación a un paciente que no ha conocido al que será su cirujano, salvo en casos de emergencia o en los que el paciente no está en condiciones de reconocer a nadie.

Un problema a resolver es, hasta qué punto se debe informar al paciente; cuando el pronóstico es bueno y las complicaciones pueden ser mínimas, es fácil informarlo y redactar el documento; pero en otros casos el paciente no está en condiciones de recibir la información, o su riesgo y mal pronóstico hacen inconveniente recibirla; incluso los familiares le solicitan al profesional que no le informe al paciente; esa solicitud debe quedar escrita en el documento.

Dr. Mauricio Parada Barrios