

## 110 Obtención del consentimiento en el cuidado de las heridas: ¿cuáles son los puntos clave?

55

### *Obtaining consent in wound care: what are the key issues?*

K. Sharp\*

\* RN, Staff Nurse, Intensive Care, Peterborough Hospital, U.K..

H. Baxter\*\*

\*\* MSc, BSc (Hons), RN, Education and Practice Project Officer,

Hinchingbrooke Hospital, Huntingdon, U.K.

E-mail: helena@baxte.demon.co.uk

#### RESUMEN

Cuando se emprende una intervención terapéutica, los profesionales de la salud deberían asegurarse de que reciben el consentimiento informado del paciente para protegerse tanto ellos mismos como el paciente.

#### PALABRAS CLAVE

Autonomía, documentación, consentimiento informado, asuntos legales.

#### SUMMARY

*When undertaking a therapeutic intervention, health-care professionals must ensure that they receive informed consent from the patient in order to protect both the individual and themselves.*

#### KEY WORDS

*Autonomy, documentation, informed consent, legal issues.*

Antes de examinar, tratar o cuidar a un paciente adulto y competente, un profesional debe obtener un consentimiento informado (1). Históricamente, el consentimiento del tratamiento en el cuidado de la salud se consideraba que entraba dentro del terreno de la medicina y consistía en pedir consentimiento para operar o para realizar un procedimiento invasivo. Sin embargo, las funciones realizadas por la enfermería (2) y otros

profesionales de la salud relacionados necesitan una discusión más amplia de los asuntos implicados en el consentimiento.

En muchos de sus trabajos diarios, los profesionales de la salud realizan procedimientos e incitan a regímenes de tratamiento "para el bien del paciente", a veces con poca consideración de las implicaciones más amplias y posibles consecuencias. Este artículo ilustra cómo el conocimiento de esto afectará a la

manera en la que el profesional de la salud consigue el consentimiento informado.

#### ¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO?

El consentimiento se puede definir como un acuerdo. En términos médicos suele relacionarse con "el consentimiento al tratamiento médico o quirúrgico obtenido por implicación (implícito), por palabra (verbal) o, en papel, firmado (escrito) necesario para evitar un alegato posterior de [que una] operación u otro procedimiento [ha sido efectuado] sin aprobación" (3).

En Inglaterra se debe dar una explicación razonable del tratamiento que se propone y de cualquier otro riesgo mayor relacionado antes de pedir el consentimiento (4). Se debe basar el consentimiento en un entendimiento del tratamiento, dar la información solamente es insuficiente (5). Si los pacientes no están informados de una posible complicación, pueden demandar por negligencia por un incumplimiento de responsabilidad en el cuidado (Maynard *vs.* Autoridad

56 Regional de la Salud de West Midlands 1985) (6).

Obtener el consentimiento, por lo tanto, se ve ahora más como un proceso que como un encuentro singular (1).

### DAR EL CONSENTIMIENTO

La fundación de la ley del consentimiento está basada en la aptitud del paciente (7). Los adultos son considerados competentes a no ser que se demuestre lo contrario (1). Cualquier adulto competente tiene el derecho de rechazar el tratamiento, independientemente de las consecuencias. Incluso tocar al paciente sin su consentimiento o sin otra justificación legal puede llegar a una acción civil por agresión o lesiones (8).

El consentimiento puede ser dado de varios modos. En general, el consentimiento por escrito es considerado la mejor evidencia de que se ha obtenido el consentimiento, aunque el consentimiento verbal e implícito es aceptado por la ley (8). Sin embargo, muchas veces es confuso el tipo de consentimiento que es necesario para algunos procedimientos (8). El Departamento de la Salud recomienda que se debería pedir el consentimiento por escrito antes de realizar procedimientos que impliquen un riesgo sustancial y/o efectos secundarios como la cirugía o la anestesia (9). El consentimiento verbal es considerado suficiente para la mayoría de los procedimientos no-médicos/no-invasivos.

### EL CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO

Esto es evidente, particularmente en la práctica de enfermería. Por ejemplo, una enfermera se acerca a un paciente y le dice que le gustaría cambiarle el vendaje y tomar una muestra del exudado de la herida. El paciente se da la vuelta y expone el sitio de la herida. El paciente no da ninguna aprobación verbal ni para cambiar el vendaje ni para tomar la muestra, pero sus acciones implican que se está consintiendo. ¿Pero cómo sabe él exactamente lo que está consintiendo y qué pruebas van a hacer con la muestra tomada?

El desbridamiento puede ser efectuado por médico, podólogo, la enfermera clínica especialista o la enfermera asignada para hacer esa tarea (2). Un doctor realizando un desbridamiento en la sala quirúrgica conseguiría un consentimiento por escrito, mientras que para lo que se hace al lado de la cama podría necesitar sólo un consentimiento verbal. ¿Pero qué pasa si el profesional desbrida una herida después de haber recibido un consentimiento implícito?

Por ejemplo, le dice al paciente que le gustaría cambiar su vendaje de compresión. El paciente se da la vuelta y expone su vendaje actual (consentimiento implícito). El profesional valora la herida y se da cuenta de que un tejido necrótico necesita desbridamiento y así lo hace. No solamente está cambiando el vendaje sino que está haciendo un procedimiento quirúrgico

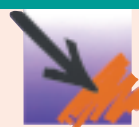
menor que incluye la extirpación del tejido. El paciente no ha consentido esto ni siquiera es posiblemente consciente de que esto está ocurriendo. Si el profesional rompe un vaso sanguíneo o causa otro daño del tejido, habrá dañado al paciente y habrá realizado un procedimiento sin consentimiento anterior, infringiendo el requisito de informar al paciente de sus actuaciones propuestas y de las consecuencias potenciales. Esto podría resultar una acción de agresión y/o negligencia. 111

Por lo tanto, aunque el consentimiento implícito sea válido a los ojos de la ley, la ausencia de una información clara en el intento de cuidar causa malentendidos entre cuidadores de la salud.

### INCAPACIDAD DE CONSENTIR

Algunos grupos de pacientes son considerados incompetentes para consentir o tomar decisiones acerca de su tratamiento. Esto incluye a los niños menores de 16 años (el fallo Gillick (10) es una excepción), gente con alguna enfermedad mental, algunos pacientes confundidos, y aquellos con demencia.

Los pacientes inconscientes son considerados temporalmente incompetentes. En tales casos se puede realizar el tratamiento lícito sin consentimiento informado, a condición de que el profesional de la salud esté actuando con el mejor interés para el paciente (7), aunque McHale (4) indicó que solamente



112 se debe efectuar el tratamiento si existe el peligro de esperar hasta que el paciente haya recuperado la conciencia.

Muchas veces se pide el consentimiento de terceras personas, normalmente de un familiar, de parte del paciente inconsciente, pero legalmente no es necesariamente válido (8). Además, es discutible si esto es siempre ético. Los cuidadores de la salud asumen que involucrar a la familia en tomar la decisión es ético y moralmente correcto, pero en algunas circunstancias puede constituir una violación de la confianza.

Considera el caso de una joven toxicómana de droga intravenosa que está inconsciente, en el cuidado intensivo, después de un accidente de tráfico. Al examinarla se le han visto úlceras en las piernas por el abuso de drogas. Se aprecia muy mala circulación vascular y se considera necesaria una intervención quirúrgica y posiblemente también la amputación. ¿Sería ético pedir el consentimiento a su marido? ¿y si él no sabe nada de su consumo de drogas? ¿debería forzarle a tomar una decisión cuando la ley no lo requiere? ¿y si ella le culpa a él por haber perdido su pierna?

El UKCC (11) ha indicado que toda información confidencial referente a los pacientes y clientes debe de ser protegida y revelada “sólo con consentimiento, donde sea requerida por la orden de la Corte o donde puedan justificar las revelaciones por interés público más amplio...” Se puede discutir que, para proteger

la intimidad del paciente, los profesionales de la salud deberían realizar los procedimientos necesarios para conservar la vida sin pedir consentimiento de un tercero. Esto evita cualquier dilema ético resultante causado por pedir consentimiento donde no era necesario.

### LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN

Aunque el consentimiento “informado completamente” para procedimientos médicos y de enfermeras no es un requisito legal en Inglaterra (7), sería éticamente incorrecto guardar cualquier información acerca de posibles efectos secundarios o complicaciones.

El consentimiento informado significa que la persona entiende la naturaleza del procedimiento/intervención del cuidado de la salud que se le está ofreciendo y que es libre de elegir sin coerción (12).

Aunque la mayoría de los vendajes y procedimientos en el cuidado de la herida están considerados razonablemente inofensivos, los pacientes tienen que ser completamente informados de las acciones y resultados previstos en un lenguaje que ellos entiendan. Por ejemplo, cuando utilizamos “gusanos” para desbridar heridas, el término “gusano medicinal” debería ser utilizado preferentemente en lugar de “terapia de larvas” o “biocirugía”, que el paciente puede llegar a malentender.

La Terapia de Presión Negativa (TPN) está contraindicada o necesita un cuidado particular en algunas ocasiones como en la presencia de fístulas o en una afección maligna sospechosa o conocida. Sin embargo, cuando la TPN está considerada la mejor manera de mejorar la calidad de vida, el paciente debería estar informado de las precauciones y/o posibles consecuencias de la terapia, para que pueda tomar una decisión informada.

El principio fundamental del consentimiento es el derecho a la autodeterminación y autonomía –“... un principio ético que está simplemente reflejado en las reglas legales”- (12). Engstrom (13) concluyó que la necesidad del paciente en cuanto a la información durante su estancia en el hospital es altamente individual y la información necesitada se obtiene muchas veces de otros pacientes. Dos tipos distintos son importantes:

Información del procedimiento (hechos de lo que va a suceder).

Información sensorial –por ejemplo, si el paciente sentirá dolor–.

### DOCUMENTACIÓN

Las enfermeras que piden consentimiento para procedimientos de enfermería tienen que ser iguales de conscientes de la importancia de la documentación –archivos médicos y de enfermería pueden ganar o perder un pleito–(15). El Consejo de Enferme-

Tabla 1 . Resumen de los resultados principales

A los adultos competentes se les debería pedir el consentimiento informado para el tratamiento o examen que se les ha propuesto. El consentimiento informado significa que el individuo entiende de verdad la naturaleza de la intervención o procedimiento propuesto, incluyendo cualquier riesgo mayor relacionado, y es libre de aceptarlo sin coerción.

Se debería pedir consentimiento por escrito a los pacientes antes de efectuar los procedimientos que tengan riesgos sustanciales y/o efectos secundarios, como la cirugía o la anestesia. El consentimiento verbal está considerado suficiente para la mayoría de los procedimientos no-médicos/no invasivos.

Aunque el consentimiento implícito es válido a los ojos de la ley, esto no protege al profesional de alegaciones de lesiones o negligencia.

Buscar el consentimiento de una tercera persona puede comprometer la intimidad del paciente.

ras y Matronas (CEM) (16) requiere de la enfermera la obtención del consentimiento por escrito para cualquier tratamiento o cuidado considerado arriesgado, largo y complejo. Un resumen escrito de las discusiones ocurridas y las decisiones tomadas con el paciente, incluyendo el rechazo al consentimiento, son requisitos en el caso de que haya desafíos legales. Lo ideal es que el paciente lo lea y lo firme para mostrar que

es una prueba verdadera de la discusión que ocurrió.

### CONCLUSIÓN

Hay muchos asuntos alrededor del consentimiento de procedimientos médicos y de enfermería. Este artículo ha intentado hablar de algunos de ellos que estén relacionados con el cuidado de las heridas y hacer que resalte el hecho de que los aspectos éticos, legales y profesio-

cionales no siempre son sinónimos.

La sociedad está siendo cada vez más consciente de los patrones que puede esperar de nuestro servicio de salud y ya no está dispuesta a aceptar un planteamiento paternalista del cuidado de la salud. Para añadir, el cuidado de la herida está siendo más complejo, con un vendaje nada simple, aparentemente inocuo, hacia terapias de heridas más avanzadas como la TPN, factores de crecimiento y cultivos de la piel.

### REFERENCIAS

1. Department of Health. Reference guide to consent for examination or treatment April 2001. [www.doh.gov.uk/consent](http://www.doh.gov.uk/consent).
2. UKCC. The Scope of Professional Practice. London: UKCC, 1992.
3. Critchley M. (ed.). Butterworth's Medical Dictionary (2nd edn). London: Butterworth, 1986.
4. McHale J. Consent to treatment. *Br J Nursing* 1995; 4: 4, 239.
5. Power K. The legal and ethical implications of consent to nursing procedures. *Br J Nursing* 1997; 6: 15, 885-8.
6. *Maynard v West Midlands Regional Health Authority* (1985) 1 A 11 ER 635.
7. Manion R. Patient consent: competence and treating the transient incompetent patient. *Care of the Critically Ill* 1996; 12: 2, 44.
8. Dimond B. *Legal Aspects of Nursing* (2nd edn). London: Prentice Hall International, 1995.
9. NHSME. *A Guide to Consent for Examination or Treatment*. London: Department of Health. 1990.
10. *Gillick v W Norfolk and Wisbech Area Health Authority* (1986) AC 112.
11. UKCC. *Code of Professional Conduct* London: UKCC, 1992.
12. Fenwick P, Beran RG. Informed consent: should Bolam be rejected? *Med Law* 1996; 16: 215-23.
13. Engstrom B. The patient's need for information during hospital stay. *International J Nursing Studies* 1984; 21: 2, 113-30.
14. Owen S, Gould D. Underwater seal chest drains: the patient's experience. *J Clin Nursing* 1997; 6: 215-25.
15. Tingle J. Clinical guidelines: legal and clinical risk management issues. *Br J Nursing* 1997; 6: 11, 639-41.
16. UKCC. *Guidelines to Professional Practice*. London: UKCC, 1996.