

# UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



## FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E  
HISTORIA DE LA CIENCIA

TESIS DOCTORAL

*“ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN  
ANESTESIOLOGÍA. ESTUDIO EN EL  
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO”*

**María López Gómez**

**2011**



*“ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN  
ANESTESIOLOGÍA. ESTUDIO EN EL  
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO”*

**Autor:**

MARÍA LÓPEZ GÓMEZ

**Directores:**

Profa. Dra. CARMEN MUÑIZ FERNÁNDEZ

Prof. Dr. JUAN SALVAT PUIG



*A mi padre, sin él este trabajo*

*no tendría razón de ser*



## AGRADECIMIENTOS

Es obligado manifestar mi agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de esta Tesis Doctoral, en particular:

- A mi padre, el Doctor Don Sixto López Martín, por ser no sólo padre sino también maestro. Es la expresión del esfuerzo, tesón, estudio y trabajo incesante e incansable y, por todo ello, le admiro. Desde el orgullo de ser su hija, debo decir que sin su apoyo, su ayuda, su guía, su constancia, su rigor y su sabiduría este trabajo no habría llegado a término. Viéndole a él trabajar quise ser médico. Ahora que ya lo soy me doy cuenta de lo difícil que es cumplir esa frase que tantas veces me ha repetido: “hay que ser un buen médico y, también, un médico bueno”. Muchas cosas le debo como padre y muchas más como maestro. Espero mantener siempre el espíritu crítico y la firmeza en los ideales que me ha inculcado desde niña y, por supuesto, el amor a esta profesión que nos une.
- A la Profesora Doctora Doña Carmen Muñiz Fernández. Desde que llegué a la Facultad de Medicina de mi querida Salamanca fue una segunda madre para mí y, aún hoy, lo es. Ha sido una ayuda constante en las dificultades que se me han presentado en mi etapa académica, un salvavidas al que agarrarme cada vez que creía ahogarme. Ahora ha dirigido este trabajo a pesar de la falta de tiempo y a costa de superar las complicaciones que han ido surgiendo.
- Al Profesor Doctor Don Juan Salvat Puig, por haber asumido la dirección, junto a la Dra. Muñiz, de esta Tesis Doctoral, con el gran esfuerzo que ha supuesto llevarla a cabo contra viento y marea. Gracias por frenar mi impaciencia y recordarme la importancia del trabajo bien hecho.
- Al Profesor Doctor Don Secundino Vicente González por su incansable ayuda. Generoso y dispuesto siempre a compartir sus conocimientos, ha sido de inestimable valor en la realización de éste trabajo pese a la dificultad que supone la distancia.

- A mi hermana, María del Pilar López Gómez, a la que adoro y que, una vez más, me ha ayudado cuando la he necesitado. Por su enseñanza y consejo en lo que a estadística e informática se refiere, disponible en todo momento. Capaz de hacer sencillo lo complicado superando mi torpeza con los números y las teclas. Mi agradecimiento, sobre todo, por su inagotable paciencia.
- A todos mis compañeros del Servicio de Anestesiología que respondieron a la encuesta con ánimo de colaboración. En especial agradezco el esfuerzo de los Residentes que dedicaron su tiempo libre a realizar encuestas a pacientes: Saúl, Elisa, M<sup>a</sup> Jesús, Jenny, Blanca y Shaely. Sin ellos la tarea habría sido más ardua.
- A las enfermeras de la UCMA, Concepción Morilla, Begoña Pantoja y Sandra Rodríguez que colaboraron en la recogida del cuestionario de pacientes.
- A todos los pacientes que han colaborado en la realización de la encuesta de forma anónima y desinteresada.
- A Marisa y Rocío, responsables de la Biblioteca del Complejo Hospitalario de Toledo, por su inestimable ayuda con la búsqueda de material bibliográfico. También a Ana Mateo, responsable del Departamento de Calidad del Complejo Hospitalario de Toledo por facilitarme las memorias anuales de actividad del hospital
- A mis suegros, Concha y Jesús, a mis cuñados, tíos y demás familia, que me han animado siempre en la realización de este trabajo y ofrecido su ayuda en los momentos difíciles.
- A mi madre, Pilar, y a mi hermana pequeña, M<sup>a</sup>Eugenia. Por liberarme en el cuidado y dedicación a mi hijo para que pudiera disponer de tiempo para el estudio y elaboración de esta Tesis Doctoral. También por permitirme acaparar a mi padre, a expensas de robarle su tiempo libre con ellas para dedicármelo a mi.
- A mi hermano Sixto, que antes de marcharse me enseñó dos cosas que he tenido que recordar en muchas ocasiones al realizar esta Tesis Doctoral: La primera, que cuando caes hay que

volver a levantarse. Y la segunda, que las dificultades hay que enfrentarlas de cara porque cuando algo te importa merece la pena el esfuerzo. Desde este recuerdo y desde la paz que me da saber que está cerca, de alguna manera, intento guiar mis actos.

- A Cándido Zamora, al que he querido como a un abuelo. Ha sido, y siempre será, ejemplo de humildad, sabiduría y trabajo. Espero que allá donde esté se sienta orgulloso de verme culminar esta Tesis.
- A los que olvido nombrar y que, seguro, me han ayudado.
- Y por último, por ser lo más importante, a mi esposo Jesús y a mi hijo Alonso por el tiempo que les he robado. Sin el empeño y el empuje de Jesús habría sido difícil llevar a cabo esta Tesis Doctoral, pero sin su ayuda constante tras el nacimiento de Alonso habría sido imposible. Agradezco infinitamente su capacidad para solucionar los cientos de pequeños problemas informáticos que me han surgido estos meses y sobre todo su aliento cada vez que me sentía derrotada. Deseo que el sacrificio haya merecido la pena.

A todos, pues, muchas gracias.



*“Es característica de un hombre sabio de actuar de acuerdo a determinados principios; y de un hombre bueno el asegurarse que éstos sean correspondientes a la rectitud y a la virtud.(...) El estudio de la Ética profesional, por lo tanto, te ayudará a vigorizar y ampliar tu entendimiento; mientras que la observación de las obligaciones en ella implícitas, suavizarán tus modales, engrandecerá tus sentimientos y te formará con la propiedad y dignidad de conducta esenciales al carácter de un caballero”.*

(De la Carta de Thomas Percival a su hijo)

*“A aquel que me enseñare este arte, lo apreciaré tanto como a mis padres, compartiré con él lo que posea y le ayudaré en caso de necesidad.”*

(Del Juramento Hipocrático)



# INDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>III. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>IV. BREVE REFERENCIA HISTÓRICA</b>	<b>17</b>
<b>1. ANESTESIOLOGÍA</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Edad Media</b>	<b>19</b>
<b>1.2. Renacimiento</b>	<b>21</b>
<b>1.3. Del Renacimiento al s. XIX</b>	<b>21</b>
<b>1.4. Anestesia en el s. XIX</b>	<b>22</b>
1.4.1. <i>Anestesia Inhalatoria</i>	23
1.4.1.1. <i>Óxido Nitroso</i>	23
1.4.1.2. <i>Éter</i>	26
1.4.1.3. <i>Cloroformo</i>	30
1.4.2. <i>Anestesia Rectal</i>	34
1.4.2.1. <i>Primera Etapa (1847)</i>	34
1.4.2.2. <i>Segunda Etapa (1884).</i>	36
1.4.3. <i>Anestesia intravenosa</i>	37
1.4.4. <i>Anestesia Locorregional</i>	38
1.4.5. <i>Anestesia Intradural</i>	39
<b>1.5. Anestesia en el s. XX</b>	<b>40</b>
1.5.1. <i>Anestesia Inhalatoria</i>	40
1.5.2. <i>Anestesia Rectal</i>	42
1.5.2.1. <i>Tercera Etapa</i>	42
1.5.2.2. <i>Cuarta Etapa (A partir de 1926)</i>	43
1.5.3. <i>Anestesia Intravenosa</i>	44
1.5.4. <i>Anestesia Locorregional</i>	46
1.5.5. <i>Anestesia Intradural</i>	48
1.5.6. <i>Anestesia Epidural</i>	50
1.5.6.1. <i>Primer Periodo. (1901-1920)</i>	50
1.5.6.2. <i>Segundo Periodo. (A partir de 1921)</i>	51

<b>2. CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>53</b>
<b>2.1. Introducción</b>	<b>53</b>
<b>2.2. El C.I. en la Investigación</b>	<b>61</b>
<i>2.2.1. El C.I. en la Investigación en los EE.UU.</i>	64
<b>2.3. El C.I. en la Clínica</b>	<b>66</b>
<i>2.3.1 El C.I. en la Clínica en los EE.UU.</i>	66
<i>2.3.2. El C.I. en la Clínica en España</i>	70
<b>V. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>75</b>
<hr/>	
<b>1. TEORÍAS ÉTICAS EN MEDICINA</b>	<b>77</b>
<b>1.1. Ética de la Virtud</b>	<b>79</b>
<b>1.2. Ética Deontologista</b>	<b>80</b>
<b>1.3. Ética Consecuencialista</b>	<b>82</b>
<b>1.4. Ética de los Principios</b>	<b>84</b>
<b>2. PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA</b>	<b>87</b>
<b>2.1. Los cuatro aceptados como principales</b>	<b>88</b>
<i>2.1.1. Beneficencia</i>	88
<i>2.1.1.1. Paternalismo</i>	91
<i>2.1.2. No Maleficencia</i>	93
<i>2.1.2.1. Eutanasia y Distanasia</i>	94
<i>2.1.3. Justicia</i>	100
<i>2.1.4. Autonomía</i>	103
<i>2.1.4.1. Consecuencias del principio de Autonomía</i>	107
<i>2.1.4.2. El principio de Autonomía en España</i>	109
<b>3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>113</b>
<b>3.1. Fundamentación Ética y Jurídica del C.I</b>	<b>113</b>
<b>3.2. Elementos del Consentimiento Informado</b>	<b>118</b>
<i>3.2.1. En la Clínica</i>	120
<i>3.2.1.1. La Información</i>	120
<i>3.2.1.2. La Comprensión</i>	123
<i>3.2.1.3. La Capacidad</i>	123
<i>3.2.1.4. Otros aspectos</i>	129
<i>3.2.1.5. Las Herramientas</i>	130
<i>3.2.2. En la Investigación</i>	132
<b>3.3. Marco normativo del Consentimiento Informado en España</b>	<b>134</b>
<i>3.3.1. El Código de Ética y Deontología Médica.</i>	135

3.3.2. <i>Las dos Normas Supremas</i>	137
3.3.3. <i>La Ley de Autonomía del Paciente</i>	138
3.3.4. <i>La Legislación Regional en Castilla-La Mancha</i>	139
3.3.5. <i>La Jurisprudencia</i>	144
<b>3.4. Excepciones del Consentimiento Informado</b>	<b>144</b>
3.4.1. <i>Grave peligro para la salud pública</i>	145
3.4.2. <i>Situación de Urgencia Imperiosa o Vital</i>	146
3.4.3. <i>Incapacidad del Paciente</i>	147
3.4.4. <i>Rechazo de la Información</i>	147
3.4.5. <i>Mandato o Imperativo Judicial</i>	148
3.4.6. <i>El Privilegio Terapéutico</i>	149
<b>3.5. Problemas del Consentimiento Informado</b>	<b>150</b>
<b>VI. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>155</b>
<hr/>	
<b>1. POBLACIÓN ESTUDIADA</b>	<b>158</b>
<b>1.1. Médicos Anestesiólogos</b>	<b>158</b>
1.1.1. <i>Descripción</i>	158
1.1.2. <i>Cuantificación</i>	158
1.1.3. <i>Análisis de resultados y variables aplicadas</i>	158
<b>1.2. Pacientes</b>	<b>159</b>
1.2.1. <i>Descripción</i>	159
1.2.2. <i>Cuantificación</i>	159
1.2.3. <i>Análisis de resultados y variables aplicadas</i>	162
<b>2. ENCUESTAS</b>	<b>162</b>
<b>2.1. Formato físico</b>	<b>162</b>
<b>2.2. Autorización por el Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario de Toledo</b>	<b>162</b>
<b>2.3. Contenido</b>	<b>164</b>
2.3.1. <i>Encuesta dirigida a Médicos Anestesiólogos</i>	164
2.3.1.1. <i>Portada</i>	164
2.3.1.2. <i>Carta de presentación a los compañeros</i>	165
2.3.1.3. <i>La encuesta propiamente dicha</i>	166
2.3.2. <i>Encuesta dirigida a pacientes</i>	172
2.3.2.1. <i>Portada</i>	172
2.3.2.2. <i>La encuesta propiamente dicha</i>	173
<b>3. ESTADÍSTICA DE CONTRASTE UTILIZADA</b>	<b>178</b>

<b>VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>181</b>
<b>1. CUESTIONARIO PARA ANESTESIOLOGOS</b>	<b>183</b>
<b>1.1. Respuestas</b>	<b>183</b>
<b>1.2. Demografía</b>	<b>184</b>
1.2.1. <i>Edad</i>	184
1.2.2. <i>Distribución por sexo</i>	185
1.2.3. <i>Distribución por puesto de trabajo</i>	185
1.2.4. <i>Años de ejercicio</i>	185
1.2.5. <i>Discusión</i>	186
<b>1.3. Formación Ética</b>	<b>187</b>
1.3.1. <i>Asignatura de Ética Médica</i>	187
1.3.2. <i>Otras vías de formación</i>	189
1.3.3. <i>Influencia de otros profesionales</i>	191
1.3.4. <i>Necesidad de la asignatura de Ética Médica</i>	192
1.3.5. <i>Discusión</i>	194
<b>1.4. Conocimiento de los fundamentos que regulan el ejercicio profesional médico.</b>	<b>195</b>
1.4.1. <i>Teorías Éticas</i>	195
1.4.2. <i>Principios Éticos</i>	197
1.4.3. <i>Código de Ética y Deontología Médica</i>	198
1.4.4. <i>Normativa legal</i>	200
1.4.5. <i>Discusión</i>	202
<b>1.5. Actitud ante el Consentimiento Informado en Anestesiología.</b>	<b>203</b>
1.5.1. <i>Necesidad del Consentimiento Informado</i>	203
1.5.2. <i>Razón de su aplicación</i>	205
1.5.3. <i>Valoración del proceso de Consentimiento Informado</i>	207
1.5.4. <i>Capacidad de comprensión del paciente</i>	208
1.5.5. <i>Medios para que el paciente acepte</i>	211
1.5.6. <i>Respeto al no querer saber</i>	213
1.5.7. <i>Formulario de Consentimiento Informado del Hospital</i>	215
1.5.8. <i>Discusión</i>	217
<b>1.6. Practica clínica del proceso de Consentimiento Informado</b>	<b>218</b>
1.6.1. <i>Entrega del Consentimiento Informado</i>	218
1.6.2. <i>Constancia en la Historia Clínica</i>	220
1.6.3. <i>Ampliación y explicación de la información</i>	222
1.6.4. <i>Tiempo para el Consentimiento Informado</i>	224
1.6.5. <i>Información sobre la técnica anestésica</i>	226

1.6.6. Elección del paciente	228
1.6.7. Comprensión de los riesgos	230
1.6.8. Extensión de la información de los riesgos	232
1.6.9. Información de los riesgos	234
1.6.10. Barrera idiomática	236
1.6.11. Barrera cultural o religiosa	238
1.6.12. Privilegio terapéutico	240
1.6.13. Discusión	242
<b>1.7. Protocolo de Consentimiento Informado de Anestesiología</b>	<b>243</b>
1.7.1. Conformidad con el Consentimiento Informado	243
1.7.2. Desconocimiento de la intervención	245
1.7.3. Consentimiento único Anestesia y Cirugía	249
1.7.4. Discusión	252
<b>2. CUESTIONARIO PARA PACIENTES</b>	<b>253</b>
<b>2.1. Respuestas</b>	<b>253</b>
2.1.1. Discusión	254
<b>2.2. Demografía</b>	<b>255</b>
2.2.1. Edad	255
2.2.2. Distribución por sexo	255
2.2.3. Distribución por formación	256
2.2.4. Discusión	257
<b>2.3. Actitud ante el Consentimiento Informado</b>	<b>258</b>
2.3.1. Opción de ser informado	258
2.3.2. Necesidad de la información	261
2.3.3. Destino de la información	264
2.3.4. Consecuencias anímicas de la información	268
2.3.5. La no información	271
2.3.6. Motivo de la información	274
2.3.7. Tiempo para informar	276
2.3.8. Discusión	279
<b>2.4. Información recibida</b>	<b>281</b>
2.4.1. Recepción de información	281
2.4.2. Modo de información	286
2.4.3. Comprensión de la información	290
2.4.4. Explicaciones	293
2.4.5. Respuesta a las dudas	297
2.4.6. Opciones de anestesia	301

2.4.7. Explicación de los riesgos	304
2.4.8. Calificación de la información	307
2.4.9. Discusión	310
<b>2.5. Capacidad de decisión</b>	<b>311</b>
2.5.1. Capacidad según la información recibida	311
2.5.2. Preferencias de destino de la información	313
2.5.3. Valoración	316
2.5.4. Futuro	320
2.5.5. Discusión	323
<b>2.6. Decisión</b>	<b>324</b>
2.6.1. Libertad de decisión	324
2.6.2. Presión por Anestesiólogo	327
2.6.3. Presión por familia	329
2.6.4. Firma del documento	333
2.6.5. Importancia de la firma del documento	335
2.6.6. Discusión	338
<b>VIII. CONCLUSIONES</b>	<b>341</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>345</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>357</b>

# *1. INTRODUCCIÓN*



Al afrontar esta Memoria Final de Doctorado, colofón de la formación reglada recibida en esta universidad, nos planteamos la realización de un trabajo de investigación que enlazara vocación y utilidad. Algo en cuyo desarrollo alcanzáramos dos objetivos que en ese momento entendimos importantes: prestar un servicio a la comunidad científica y educativa, aflorando respuestas a cuestiones que se plantean en el momento actual y disfrutar mientras hacíamos este trabajo. Respecto al primer objetivo son otros los que tienen que decir si lo hemos conseguido. Del segundo damos fe, aunque hayamos de reconocer que nos deja la sensación de que podríamos haber sido más extensos, más ambiciosos. Nos queda también la satisfacción de poder prestar, así lo entendemos y así lo hemos querido, un pequeñito, humilde y sincero servicio a la profesión médica en general y a la especialidad de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, en particular.

Esta Memoria se estructura en dos grandes áreas. La primera de ellas, investigación bibliográfica, aborda los fundamentos teóricos, éticos y jurídicos del Consentimiento Informado (C.I.), con un repaso previo, breve y sucinto, al desarrollo histórico de la Anestesiología y de éste. La segunda parte, investigación de campo, se ocupa del análisis de la actitud que tiene y, consecuentemente, cómo se traduce ésta en la práctica clínica diaria, sin olvidar formación y conocimientos, del anesthesiólogo respecto al C.I. en el Complejo Hospitalario de Toledo. Pero hemos querido saber también la posición de la otra parte, la del paciente. Y hacemos este estudio desde las dos vertientes, en el entendimiento de que tener esa doble visión nos aproximará más a la verdad de la situación real de esta parcela de nuestra práctica diaria que ya forma parte de la “lex artis” de la profesión médica.

Pudiera entenderse como costumbre el iniciar cualquier trabajo haciendo una referencia histórica, aunque sea breve, sobre el asunto a tratar. También podría justificarse el deseo de rellenar páginas para darle mayor extensión a éste o una simple razón de elegancia académica. Nada más lejos de nuestro ánimo. Sólo nos mueve la idea de demostrar que el médico ha ido construyendo la historia de esta profesión en un esfuerzo secular, sin duda lleno de errores, de frustraciones, de sinsabores profesionales y personales; pero también de hermosos hitos que hacen que nos sintamos orgullosos de los que nos precedieron, sin cuya dedicación, trabajo y tesón no hubiera sido posible alcanzar cotas de conocimientos científicos en nuestra área del saber que se han traducido y se traducen en el beneficio para la salud de aquellos de cuyas vidas formamos parte a la vez que ellos la forman de la nuestra.

Hemos estudiado la historia de la medicina en nuestra formación universitaria, nos han enseñado los grandes hitos de ésta y han quedado anclados en nuestra memoria los nombres de los grandes hombres que forjaron el discurrir, a través del tiempo, de la profesión más hermosa de cuantas existen. De los millares de médicos que construyeron la intrahistoria de nuestra profesión sabemos poco o nada, pero también ellos hicieron lo que su ciencia y su conciencia les dictó para cumplir el mandato autoimpuesto que nos impele y que la sociedad nos reclama: luchar contra el dolor, contra la miseria humana y contra la muerte y, cuando esta, inexorablemente llega, ayudar, en tan difícil trance, a aquel que es igual a nosotros.

En las páginas que siguen están algunos de los nombres de los primeros, dentro del área de la anestesiología, pero queremos reiterar nuestro respeto, admiración y cariño a los segundos. Queremos igualmente señalar, como demostramos en las páginas que siguen, cómo un oficio ejercido primeramente por sacamuelas y charlatanes se va elevando hasta convertirse en profesión y llegar a ser el principal pilar de la moderna medicina intervencionista. El orgullo del que hablamos está ampliamente justificado.

El desarrollo histórico del C.I. seguirá avatares parejos. Esta profesión nuestra, en general, y las organizaciones profesionales, en particular, no supieron darse cuenta a tiempo de los profundos cambios que la sociedad había comenzado a experimentar ya en los primeros compases del siglo XX. Las dos guerras mundiales, las explosiones nucleares, el proceso de Nuremberg, los avances científicos y sociales y otra serie de sucesos, acaecidos cuando el pasado siglo mediaba su recorrido, introdujeron factores de distorsión en la dinámica de las profesiones que dinamitaron, entre otras cosas, el paradigma ético clásico de la profesión médica como López<sup>1</sup> demuestra en su obra. La adaptación no será posible y el principio de autonomía será la palanca que mueva a la medicina hacia el diseño de un nuevo paradigma ético. El punto de apoyo de esta palanca serán los tribunales de justicia, lugar en el que las sociedades democráticas hacen valer los derechos del individuo.

No puede entenderse esta Tesis, como tantas cosas en esta profesión, si se obvia la perspectiva histórica del desarrollo de la Anestesiología y del de la teoría y práctica del proceso del Consentimiento Informado. Pero además, y por si esto no fuera suficiente argumento, como médico, y desde el orgullo de serlo, me acojo, al invocar y recordar la historia de esta profesión, a las palabras del maestro Laín Entralgo<sup>2</sup>:

---

1 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica.

2 LAIN ENTRALGO, P., Historia de la Medicina, pág., 680.

...“*el conocimiento de la historia de la medicina ofrece integridad del saber, dignidad moral, claridad intelectual, libertad de la mente y cierta opción a la originalidad*”.

Seis años después de publicar Simón su obra “*El Consentimiento Informado*”<sup>3</sup>, a la que hacemos repetidas referencias en este trabajo, y en la que cita estudios de autores americanos y españoles sobre el impacto de la información en el paciente, publica en el Anuario del Sistema Sanitario Navarro el trabajo “*Diez mitos en torno al Consentimiento Informado*”<sup>4</sup>. En éste pone de manifiesto los argumentos en contra del consentimiento y enuncia los que sirven para revocar aquellos. Esta publicación, está en consonancia con la que, en 1986, habían hecho Faden y Beauchamp analizando el estado de cumplimiento en EE. UU. y en la que demuestran que, si bien las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales habían cambiado su mentalidad del paternalismo a otra que propiciaba la libertad del paciente a decidir autónomamente, los médicos lo habían hecho tan sólo en la forma pero no en el fondo. Simón establece diez cuestiones fundamentales pero no pormenoriza sobre estudios realizados con médicos ni pacientes. En la búsqueda que hemos realizado sí que hemos hallado algunos trabajos, con opiniones debidamente contrastadas, de los que citamos los cuatro que hemos considerado más ilustrativos que, ordenados cronológicamente, son:

-Xala Blanch, X. y otros, “*Utilidad de una hoja anestésica informativa anterior a la visita preoperatoria*”. Estudio con una muestra de 184 pacientes entrevistados en consulta preanestésica en el Hospital de Sant Boi de Llobregat, Barcelona. (Año 2000). Analiza la percepción por parte de los pacientes de la información preanestésica, la ansiedad que dicha información puede provocarles y los deseos adicionales de información.

-Crespo López, E., “*Estudio medico legal, deontológico y jurisprudencial del Consentimiento Informado en especialidades médicas*”. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. Estudio sobre 352 sentencias resultantes de las demandas presentadas contra médicos acaecidas entre 1991 y 1998 de las que el 13,4% del total se refieren al deber de información y del Consentimiento Informado. (Año 2001). Esta referido a sentencias falladas por las Salas de lo Civil del Tribunal Supremo y las Audiencias Provinciales. De los fallos producidos, el 55% de las correspondientes al Tribunal Supremo fueron absolutorias, mientras que los de las Audiencias Provinciales lo fueron el 45.8%.

---

3 SIMÓN, P., El Consentimiento Informado.

4 SIMÓN, P., Diez mitos en torno al consentimiento informado.

-Pérez Castanedo, J. y Otros, *“Información sobre los riesgos operatorios: opinión de los médicos implicados y de los pacientes”*. Estudio con una muestra de 143 anestesiólogos y cirujanos y 90 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Sabadell, Barcelona. (Año 2004). Referido a la actuación de médicos de distintas especialidades quirúrgicas y anestesiólogos en el proceso de C.I. y a la respuesta de los pacientes en cuanto a la información recibida en cantidad, calidad y forma, al respecto

-Rosique Belmonte, I., *“Influencia de variables epidemiológicas en el consentimiento informado preanestésico”*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Muestra de 159 pacientes en consulta de preanestesia. (Año 2004). Este estudio valora el grado de aprendizaje de la información recibida, la ansiedad que produce (utilizando test para la medición de ésta) y cómo afronta el proceso anestésico bajo estos condicionantes.

Hemos consultado más estudios, tanto en publicaciones de revistas como en la base TESEO, pero estos cuatro citados son los más significativos y los que más se aproximan a nuestra Memoria.

Hemos considerado que estos estudios y otros que no citamos, a pesar de su rigor y de que aportan información muy valiosa y esclarecedora, son insuficientes e incompletos. Entendemos que hay un amplio campo por explorar. Y este es el fin de esta Memoria. Tratamos de cimentar la cuestión desde el enunciado de las bases teóricas y, ciñéndonos a éstas, abordar el estudio del conocimiento, las actitudes y la atención a los elementos (criterios y estándares de información, comprensión y capacidad de decisión), tanto de los profesionales de la anestesiología como de los pacientes. Acometemos, pues, al estructurar nuestro estudio, un proyecto más extenso y más completo, abordando pormenorizadamente cuestiones que no habían sido estudiadas o, al menos, nosotros no hemos hallado documentación al respecto. A saber:

En lo referido a los profesionales nos centramos, únicamente, en los anestesiólogos por razones obvias. Además de los datos demográficos, que nos servirán para la introducción de variables en el estudio, tratamos de averiguar su formación en ética y deontología, en cuanto ciencias, así como sus conocimientos de estas áreas y de las leyes que rigen y soportan el ejercicio profesional. Analizamos la actitud del profesional ante el C.I. partiendo de la consideración de necesidad, o no, de éste. En la práctica clínica diaria nos atenemos a la atención de los elementos que lo integran y a la utilización de las herramientas a su alcance para llevarla a cabo. Todo ello siguiendo los fundamentos que sobre el asunto ha ido acrisolando la comunidad científica basados en la teoría y la práctica del proceso de C.I. y que, previamente, hemos desgranado en la parte doctrinal de esta Memoria.

En cuanto a los pacientes, venimos a hacer otro tanto en los primeros compases (demografía), para a continuación entrar en la actitud que tienen ante el C.I. Analizamos la información recibida, comprensión de ésta y su propia consideración en cuanto a la capacidad para tomar decisión al respecto y cómo la llevan a cabo.

Una vez obtenida la autorización del proyecto de Tesis Doctoral por parte del Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y, previa autorización del Servicio de Anestesiología y Reanimación y del Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo, procedimos con todas las garantías de respeto, lealtad, confidencialidad y anonimato a la realización del trabajo.

Como decíamos al principio abordamos esta Memoria Final de Doctorado desde la humildad pero con el deseo de que pueda servir de utilidad en cuanto ampliación del conocimiento en asunto de tanta importancia como son los aspectos éticos y jurídicos del Consentimiento Informado y, concretamente referidos, al área de la Anestesiología.



## *II. JUSTIFICACIÓN*



La historia de la medicina, jalonada de esfuerzo, tesón, trabajo y deseo de mejorar el conocimiento y aplicar éste a los problemas de salud diarios que al médico se le presentan, comienza con la Medicina Mágico-Sacerdotal. Sea por la evolución desde ésta o por la de la habilidad mano-cerebro<sup>5</sup>, el caso es que la función de sanador se irá elevando en la escala y condición social pasando de ser un oficio a una profesión. Durante muchos siglos algunas áreas de la actividad curadora permanecerán como oficios. Es el caso de las actividades quirúrgicas y, por ende, aquellas encaminadas a mitigar o anular el dolor que tales procedimientos acarrearán. Con los avances científicos, a partir del siglo XIX, este oficio, al igual que había ocurrido anteriormente con otras áreas del saber médico, se irá elevando convirtiéndose en profesión, científica y socialmente considerada. Es el nacimiento del Médico Anestesiólogo.

El documento ético y deontológico más antiguo, de cuantos tenemos noticia, es el Código de Hammurabi. Desde entonces, hasta mediado el siglo XX, la relación médico paciente era una relación de corte paternalista. Las cosas comenzaron a cambiar y hoy podemos afirmar, sin temor a error, que el paradigma ético sobre el que se asentó el ejercicio profesional médico, de decisión e imposición de ésta verticalmente, ha desaparecido siendo sustituido por otro que hunde sus pilares en la observación y cuidado de los derechos individuales y, en particular, en el respeto, por parte del médico, a la libertad de elegir del paciente en un proceso de decisión horizontal, de decisión compartida.

La primera consecuencia del principio de autonomía, que empieza a ponerse de manifiesto en los primeros compases del siglo XX, es el cambio de paradigma ético de la profesión. Otra será el Consentimiento Informado que, en Europa y en España, se impondrá a marchas forzadas después de un largo periodo de evolución de la teoría y la práctica en la que es su cuna: los Estados Unidos de América.

Sin prisa pero sin pausa, la Unión Europea y, por lo que nos afecta, España, adaptarán su normativa legal a este nuevo paradigma ético de la profesión médica en lo que se refiere a información, documentación clínica y respeto a la voluntad del paciente.

Pero hemos de considerar que no es fácil la liquidación de un paradigma de siglos de vigencia y la asunción de otro por aquellos que desarrollan la misión sanadora ni por las estructuras que les representan y les rigen. Y menos, pedir prisa. Con el cambio de régimen político en nuestra nación y la aprobación de la Constitución de 1978 se produce una adaptación deontológica y legal

---

<sup>5</sup> LÓPEZ MARTÍN, S., *Ética y Deontología Médica*, pág. 49 y siguientes.

al nuevo paradigma. Pero, como ya hemos puesto de manifiesto en la introducción, aunque las estructuras y los soportes deontológicos cambien, no siempre lo hace el profesional encargado de aplicarlos ni los receptores de este nuevo estilo.

La pregunta que nos hacemos es si la medicina española y, en concreto, la anestesiología ha asumido ese nuevo paradigma de la profesión médica y lo ha llevado a la práctica diaria y, por otra parte, si el usuario del sistema sanitario es consciente del derecho que esta nuevo enfoque de la relación médico paciente le otorga. Dar respuesta a esas preguntas es el asunto principal de esta Memoria. A fin de fijar la situación exacta de lo estudiado consideramos imprescindible hacer, al hilo con lo expuesto en los párrafos anteriores, un repaso de cómo la Anestesiología evoluciona desde oficio ejercido por sacamuelas, feriantes y charlatanes a una profesión considerada científica y socialmente. También aportamos detallada, a la vez que resumidamente, una relación documentada de la aparición y evolución histórica de la teoría y práctica del Consentimiento Informado y de cómo éste se convierte en parte de la “lex artis” de la profesión médica. Y, como colofón, el estudio y puesta de manifiesto del respaldo ético, deontológico y legislativo del C.I. en España, problemas que entraña y excepciones de cumplimiento.

### *III. OBJETIVOS*



Hemos fijado como objetivos de esta Memoria los siguientes:

1°.- Averiguar la formación y conocimientos que poseen de los fundamentos éticos, deontológicos y legales del ejercicio médico los Anestesiólogos del Complejo Hospitalario de Toledo.

2°.- Actitud de éstos ante el proceso de C.I.

3°.- Práctica clínica y uso de protocolos en el proceso de C.I.

4°.- Actitud de los pacientes quirúrgicos que pasan por consulta de preanestesia en el Complejo hospitalario de Toledo ante el proceso de C.I. de Anestesiología.

5°.- Asunción y respuesta de estos ante los principales elementos del proceso de C.I. en Anestesiología (Información, Capacidad y Decisión).



## *IV. BREVE REFERENCIA HISTÓRICA*



## 1. ANESTESIOLOGÍA

Durante miles de años los sanadores utilizaron diversos métodos para evitar o, al menos, aliviar el dolor del paciente fuera o no de origen traumático, o a la hora de practicar una intervención quirúrgica. Utilizaron lo que tenían a su alcance. Así se conoce el uso desde antiguo de diversas sustancias como los opiáceos, la mandrágora y otras plantas que contenían Hyosciamus. También se recurría al uso del alcohol. En la cirugía y, a pesar de que se habían realizado operaciones abdominales como la cesárea, el abordaje de cavidades internas no fue posible hasta que no se dispuso de una técnica anestésica y una farmacopea capaz de inducir un profundo sueño al paciente que permitiera un cierto margen de seguridad necesario para evitar la precipitación en las maniobras quirúrgicas<sup>6</sup>.

Ya en el año 77 d. C., el cirujano griego de los ejércitos romanos de Nerón, Pedanius Dioscórides (40-90 d.C.) escribe “*Materia Medica*”, un clásico de la farmacología durante más de quince siglos. En esta obra explica los efectos de la mandrágora y el vino en un paciente antes de operarle. También describe el completo efecto, como anestésico local, que obtenía de la “*piedra de Memphis*” al frotarla sobre las zonas que iba a amputar o cauterizar. Pero nadie identificó esta piedra para continuar con su uso<sup>7</sup>.

Podemos pues, afirmar que, en general, la forma más frecuente de mitigar el dolor para realizar actos quirúrgicos se había limitado a la utilización de sustancias alcohólicas y opiáceos, a la vez que a la fuerte sujeción del enfermo y a la celeridad en la realización de la intervención. A veces se recurría al sangrado previo del paciente hasta que este se desvanecía y entonces, previa sujeción, se procedía<sup>8</sup>.

### 1.1. Edad Media

El método anestésico más empleado, para aliviar el dolor del paciente durante la cirugía, son los vapores de la “*esponja soporífera*”. Esta técnica había sido utilizada en el occidente latino para tratar al rey Teodorico (454-526)<sup>9</sup>. De esta época, de la Alta Edad Media, hay varios manuscritos al respecto, uno de ellos, localizado en el monasterio benedictino de Montecassino en Salerno (Italia), datado en el siglo IX<sup>10</sup>. De este monasterio italiano nos ha llegado una de las recetas, utilizada hacia

---

6 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 528.

7 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 10.

8 GUERRA, F., Historia de la Medicina, pág. 315.

9 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 301.

10 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 10-11.

los años 900-999, para fabricar el líquido en el cual empapar dichas esponjas: “*Se toma media onza de semillas de opio, ocho onzas de extracto de hojas de mandrágora y tres onzas de extracto de hojas de cicuta, que deberán disolverse en suficiente cantidad de agua*”<sup>11</sup>.

Esta misma técnica es utilizada por Teodorico de Cervia (1205-1296) en Bolonia<sup>12</sup>. Este médico italiano recomienda el uso de las esponjas narcotizantes para la anestesia general, empapando éstas en un líquido a base de opio, mandrágora, cicuta y lechuga, colocándolas, luego, sobre el rostro del paciente. Arnaldo de Vilanova recomienda su uso impregnándolas en opio, raíz de mandrágora y beleño. Para la preparación del líquido en que se han de empapar y cómo deben usarse prescribe: “*Se desmenuzan estos ingredientes y se mezcla todo con agua. En caso de una amputación, se empapa un paño con este líquido y se le coloca al paciente sobre la frente y la nariz para que se duerma. Para despertarle se empapa otro paño con vinagre fuerte y se mantiene cerca de la nariz*”<sup>13</sup>.

Dos siglos más tarde, el médico alemán Heinrich von Pfolzspeundt, habla de esa misma técnica anestésica en un tratado de cirugía del año 1460<sup>14</sup>.

La medicina árabe, en general, seguirá los mismos derroteros, en cuanto a anestesia se refiere. La práctica más extendida, entre los que se dedican a la cirugía, consistía en colocar una esponja empapada en una sustancia hipnótica sobre la boca y la nariz del paciente<sup>15</sup>. Así, a principios del siglo XI, encontramos al médico musulmán Haly que recomienda el uso de la aspiración de vapores de semilla de amapola molida mezclada con cáscaras de mandrágora. También a Haly se le podría considerar uno de los introductores de la premedicación en Anestesiología ya que utiliza jarabe de amapola para tranquilizar a sus pacientes antes de someterlos a una intervención de cataratas<sup>16</sup>.

---

11 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 80.

12 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 10-11.

13 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 80.

14 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 10-11.

15 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 301.

16 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 80.

## 1.2. Renacimiento

En 1540, el químico Valerius Cordus (1515-1544), sintetiza el éter dietílico o éter sulfúrico a partir de ácido sulfúrico y alcohol etílico y lo llamó “*vitriolo*”<sup>17</sup>. Pero no será hasta 1740 cuando Froebenius lo denomine *éter* (derivado del griego, que significa quemar o arder)<sup>18</sup>.

Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), conocido como Paracelso, describió el efecto del éter en pollos y afirmó que “*calma todo sufrimiento sin peligro y alivia todo el dolor*”, pero sus ideas no se extienden a la clínica<sup>19</sup>. Paracelso recomienda el opio como “*remedio eficaz*”, al que llama “*láudano*”, que en latín significa “*alabable*”, término con el que habitualmente se denominará hasta finales del siglo XIX. Pero aconseja, sobre todo, el uso de alcaloides de solanáceas (mandrágora, beleño y belladona)<sup>20</sup>.

Podemos afirmar que en esta época no hay avances, en cuanto a la anestesia general se refiere, pero sí que empiezan a vislumbrarse nuevos horizontes en la local que darán mucho juego en el futuro. Así nos encontramos que, tras el descubrimiento de América, los españoles que llegan a Perú se encuentran con que los sacerdotes incas vienen utilizando, desde tiempo inmemorial en sus ceremonias, las hojas de una planta a la que llaman “*coca*” (palabra Aymará, que significa “*alimento para el viajero*”) con poderes analgésicos y que, más tarde, los europeos denominarán “*Erythroxylon Coca*”. Las primeras noticias escritas sobre su uso, como anestésico local, son de 1544 cuando el jesuita español Bernabé Cobo (1582-1657) mastica la planta para aliviar un dolor dental<sup>21</sup>.

## 1.3. Del Renacimiento al s. XIX

Este largo periodo se caracteriza por una enorme lentitud en trasladar al ejercicio médico lo que las ciencias van descubriendo. Ocurre en el aparataje, en la terapéutica y en las técnicas de aplicación de esta. A finales del XVIII comienzan a incorporarse, muy tímidamente, algunos descubrimientos a la práctica clínica. En la ciencia médica anestésica será en la centuria siguiente cuando se sustancien los grandes avances.

---

17 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., Anestesiología Clínica, pág. 2.

18 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 11.

19 Opus cit., pág. 11.

20 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 80.

21 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 22.

En 1771, el químico francés Joseph Priestley aísla el oxígeno<sup>22</sup>. Ya antes, Lavoisier (1743-1794), había descrito el papel de éste en la respiración y 22 años después de haber sido descubierto por Priestley, Thomas Beddoes introduciría su utilización en la terapéutica médica<sup>23</sup>.

Humphry Davy descubre, en Marzo de 1799, los efectos del gas hilarante. Se dedica a su estudio y llega a inhalar el llamado “*nitrógeno desinfectado*” (dióxido nitroso) con el único resultado, en principio, del efecto ligeramente excitante que le produce. Se pone de moda el uso de este gas en ferias y fiestas privadas<sup>24</sup>.

Pero mientras los gases apuntan sus primeros balbuceos, como futuros elementos anestésicos, otras técnicas están siendo utilizadas. Es lo que ocurre con el frío y la hipoxia tisular por torniquete. Aunque el primero que describe el uso del frío como anestésico es Avicena<sup>25</sup>, también en los siglos XVI y XVII son varios los escritos de cirugía que hablan de amputaciones realizadas, con menos dolor para el paciente, gracias al frío ambiental o a la compresión previa de la extremidad a amputar. Estas experiencias nos son legadas por cirujanos militares como Benjamin Bell (1749-1806), Ambroise Paré (1510-1590), o Dominique J. Larrey (1766-1842), éste último cirujano jefe de los ejércitos de Napoleón, que realizaba amputaciones sin dolor en el campo de batalla gracias al extremado frío ambiental, tal como cuenta en sus memorias<sup>26</sup>. Algo similar había descrito Thomas Bartholin en su libro “*De Nivis Usu Medico*” en 1661, donde dedica un capítulo completo a describir la técnica de Severino de Nápoles que consistía en frotar con nieve y hielo la zona de la incisión quirúrgica. En 1784, James Moore, perfecciona la técnica de Ambroise Paré sobre el uso del torniquete para realizar amputaciones tal y como explica en su libro “*A Method of Preventing or Diminishing Pain in Several Operations*”<sup>27</sup>.

#### **1.4. Anestesia en el s. XIX**

Hasta mediados del siglo XIX no se da mucha importancia al alivio del dolor quirúrgico. En Europa, además de las técnicas ya descritas, se extienden las técnicas de “*magnetismo animal*”: el mesmerismo y el sonambulismo para aliviar el dolor del paciente en las intervenciones

---

22 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 243-245.

23 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 3.

24 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 248.

25 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 16.

26 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 20.

27 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 16.

quirúrgicas<sup>28</sup>. Los mesmeristas ingleses, John Elliotson, en 1843, y James Esdale, en 1846, afirman haber operado sin dolor a pacientes magnetizados<sup>29</sup>.

A principios de siglo comienzan a aplicarse los gases inhalados (óxido nitroso, éter sulfúrico y cloroformo). La utilización de estos gases viene precedida por la experimentación, que descubrió sus propiedades y uso potencial, pero que en su día, como ya hemos señalado, no fue apreciada<sup>30</sup>.

Hacemos una breve referencia a ellos:

### 1.4.1. Anestesia Inhalatoria

#### 1.4.1.1. Óxido Nitroso

El óxido nitroso estaba considerado un gas peligroso, ya que un americano llamado Samuel Latham Mitchill había afirmado que era el “*principio del contagio*” y que podía “*diseminar la peste*”<sup>31</sup>. A pesar de esta afirmación, el joven científico inglés Humphry Davy (1778-1829), estudia este gas en el “*Instituto Pneumático*” de Bristol (Inglaterra), que había sido creado para el tratamiento de enfermedades mediante gases, y, autoexperimentando con el óxido nitroso, se da cuenta que le aliviaba el dolor producido por la salida de una muela del juicio<sup>32</sup>. En el año 1800 escribe: “*como el óxido nitroso en su uso extenso parece ser capaz de destruir el dolor físico, es probable que se pueda utilizar con ventaja durante las operaciones quirúrgicas en las cuales no tiene lugar una gran pérdida de sangre*”<sup>33</sup>. Pero, lamentablemente, su brillante carrera científica le lleva por otros derroteros y ninguno de sus alumnos continúa esta línea de estudio. Quizá uno de ellos, Michael Faraday (1791-1867) es el que más se aproxima, pues realiza experimentos con éter y observa que los “*efectos eran similares a los ocasionados por el óxido nitroso*”. Pero, aunque en Inglaterra conocían las propiedades hilarantes del gas, serán los “*químicos y charlatanes itinerantes*” americanos los que se aprovechen de estas propiedades del gas para divertir a las gentes de los pueblos y ciudades de EE.UU. a la vez que hacen negocio<sup>34</sup>.

Una historia curiosa es la protagonizada por Samuel Colt (1814-1862). Este marino mercante necesitaba dinero con que patentar un ingenioso revólver que había inventado en uno de

---

28 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 11.

29 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 277.

30 GUERRA, F., Historia de la Medicina, pág. 315.

31 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 13.

32 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., Anestesiología Clínica, pág. 2.

33 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 13.

34 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 275-277.

sus viajes. Para conseguirlo se dedicó a producir óxido nitroso y a vender inhalaciones del mismo por la costa este de Norteamérica. De esta forma contribuyó a su difusión por el continente americano y, gracias al éxito obtenido pudo, en 1835, patentar su revólver que llegó a ser el elegido por el ejército norteamericano en la guerra contra Méjico y se convirtió en un clásico del lejano Oeste. Samuel Colt se transformó en uno de los hombres más ricos de su época<sup>35</sup>.

La difusión del óxido nitroso continúa durante años. Hemos de tener en cuenta que estamos en la época dorada del charlatanismo. Se suceden numerosas exhibiciones públicas, pero es una de ellas la que da comienzo a la historia de la anestesia inhalatoria: Nos referimos a la realizada el 10 de Diciembre de 1844 en Hartford (Connecticut) por el profesor Gardner Quincy Colton (1814-1898)<sup>36</sup>. Es presenciada por el dentista Horace Wells (1815-1848), quien observa como un joven, Samuel A. Cooley, no sufre dolor en una pierna con una grave lesión tras inhalar oxido nitroso al 100%<sup>37,38</sup>. Wells, impactado por esta exhibición del “*gas hilarante o gas de la risa*”, ve en este método la solución para evitar el dolor de las extracciones dentales y consigue que al día siguiente Colton le administre el gas a él mismo para que uno de sus ayudantes, John M. Riggs, le extraiga un molar. Apenas siente una leve molestia. Contento con el descubrimiento, Wells continua ensayando en su gabinete dental de Hartford y decide hacer una demostración pública ante alumnos del Hospital General de Massachussetts pero no tiene el éxito esperado y Wells, humillado, abandona su idea<sup>39,40,41</sup>.

El óxido nitroso se reintroduce en la clínica de la mano de Gardner Q. Colton quien, tras el fracaso de Wells, había dejado a un lado las demostraciones públicas con este gas. Pero en 1863 crea una clínica en Nueva York, junto con el dentista Joseph H. Smith, en la que realizan extracciones indoloras de dientes bajo anestesia general con oxido nitroso que aplican con una aparato diseñado por A.W. Sprague de Boston. Desde 1864 hasta 1897, la “*Colton Dental Association*” trata a unos 200.000 pacientes sin ninguna complicación mortal, posiblemente debido a la breve duración de la intervención, apenas uno o dos minutos. Colton retoma las demostraciones públicas con nitroso. Una de ellas, realizada en Paris en Junio de 1867 en el Primer Congreso Internacional de Medicina, da pie a su difusión por Europa. Es aquí donde Colton explica su

---

35 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 13.

36 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 275-277.

37 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 10.

38 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 529.

39 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 10.

40 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 13.

41 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 275-277.

método al dentista americano, afincado en París, Thomas W. Evans quien lo introduce en Inglaterra en 1868 coincidiendo con la posibilidad de utilizar el óxido nitroso en cilindros comprimidos de acero, gracias a las firmas Coxeter y Johnston, con lo que se facilita su uso y, por tanto, su difusión por toda Europa<sup>42,43,44</sup>.

En España las noticias del uso del nitroso apenas tienen repercusión hasta 1866, momento en que dentistas catalanes deciden utilizarlo en sus clínicas. El primero de ellos es José Meifrén (1827-1908) que, tras aprender su uso en París, comienza a utilizarlo de forma rutinaria en sus pacientes en 1868. A partir de este momento se suceden diversas publicaciones españolas sobre su uso, como la de Rodolfo del Castillo (1845-1917) sobre el empleo del protóxido de azoe en cirugía ocular en el año 1873 o la de Alejandro San Martín y Satrústegui, en 1875, sobre sus experiencias, con el empleo de dicho gas, durante su etapa como catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz<sup>45</sup>.

Hasta 1870 el óxido nitroso, aplicado a pacientes, se mezclaba con aire. Es el Dr. Edmund W. Andrews (1824-1904) el primero en administrarlo con oxígeno, logrando una anestesia eficaz sin cianosis, lo que contribuye a defender las propiedades analgésicas de este gas, puesto que muchos eran los que decían que la analgesia debida al nitroso se debía a la falta de oxígeno, traducida en la lividez manifiesta del paciente<sup>46</sup>. Publica sus estudios, sobre la adición de 20% de oxígeno al óxido nitroso, asegurando que esta combinación es la más segura de todas las anestésicas conocidas<sup>47</sup>. Ese mismo año, el fisiólogo francés Paul Bert (1830-1886) describe las posibles complicaciones del uso de Nitroso al 100% y diseña un aparato que proporciona una mezcla de oxígeno al 25% y Nitroso al 75%. El “*Método de Bert*” es descrito por Rottenstein en su “*Traité d’Anesthésie Chirurgicale contenant la description et les applications de la Méthode Anesthésique de M. Paul Bert*” (París, 1880)<sup>48</sup>. Este método, de proporciones fijas, será mejorado por Frederick Hewitt (1857-1916) que diseña la primera máquina de anestesia que proporcionaba oxígeno y nitroso en proporciones variables y, en los siguientes años, personajes como Elmer I. McKesson (1881-1935), Paul J. Flagg (1886-1970) y F. Clement (1892-1970), se encargan de extender el uso

---

42 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 277-280.

43 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 11.

44 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 17.

45 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 11.

46 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 17.

47 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., Anestesiología Clínica, pág. 2.

48 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 11.

por EE.UU. de la anestesia combinada de oxígeno y óxido nitroso<sup>49</sup>. A partir de entonces son numerosos los estudios dirigidos en este sentido y que han sentado las bases del uso de este gas hasta la actualidad<sup>50</sup>.

#### 1.4.1.2. Éter

El 16 de Octubre de 1846 se considera, oficialmente, el día en que William Thomas Green Morton introduce el éter como anestésico para cirugía. Su uso ya era conocido previamente, aunque con otros fines, pues se empleaba por los estudiantes en las “juergas del éter”<sup>51</sup>.

Sin embargo, unos años antes, se habían realizado diversos experimentos con éter. Así, el 30 de Marzo de 1842 Crawford Williamson Long (1815-1878), tras observar que en las fiestas con éter que hacía en casa sus amigos y él mismo no sentían dolor cuando se hacían daño, realiza la primera anestesia general con éter para extirpar un tumor en el cuello del joven James M. Venable<sup>52</sup>. Realizará varias anestесias (hasta 8 documentadas), sin embargo no lo hace público hasta 1849 en el *Southern Medical and Surgical Journal*. Por eso, aunque Long habría sido el primero en haber empleado el éter como anestésico, reclamó demasiado tarde la paternidad del descubrimiento<sup>53,54</sup>. El mismo año que Long, William E. Clarke, administra éter a una joven con una compresa para evitar dolor al serle extraída una muela por el dentista E. Pope<sup>55</sup>.

El descubrimiento de Morton se desarrolló de la siguiente forma: En Boston, William T. G. Morton pidió opinión al profesor de química, Charles Jackson (1805-1880), sobre que sustancia usar para realizar en su consulta extracciones dentales que le permitieran ajustar adecuadamente las prótesis dentales a los pacientes, recomendándole la aplicación tópica del éter sulfúrico en lugar del óxido nitroso<sup>56,57</sup>. Al hacerlo se da cuenta que sus pacientes presentan cierta torpeza mental por lo que se decide a aplicarlo en inhalaciones. Comprueba su éxito, por primera vez, en el músico Eben Frost el 30 de Septiembre de 1846<sup>58</sup>. Esto le decide a hacer su famosa y exitosa demostración pública en el Hospital General de Massachusetts, el 16 de Octubre de 1846, junto al prestigioso

---

49 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 17.

50 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 277-280.

51 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 3.

52 GUERRA, F., Historia de la Medicina, pág. 316.

53 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 529.

54 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 16.

55 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 3.

56 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 14-15.

57 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 3-4.

58 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 21-25.

cirujano John Collins Warren (1778-1858)<sup>59</sup>. Se trata de la primera demostración pública, realizada con éxito, de una intervención quirúrgica bajo narcosis inducida por éter. Para anestesiarse al paciente utiliza una esfera de cristal con dos orificios en los que hay colocadas sendas esponjas empapadas en éter. El paciente aspira por una boquilla los vapores mezclados con una sustancia olorosa. Tras una intranquilidad inicial el paciente se duerme. En cinco minutos el médico jefe, John Collins Warren extirpa un “*tumor congénito superficial y rico en vasos que se encuentra por debajo de la mandíbula en el lado izquierdo del cuello*”<sup>60</sup>. La intervención realizada sobre Gilbert Abbott, impresor tuberculoso de 20 años, es todo un éxito. Abbott afirma no haber sentido ningún dolor, tan solo el raspar del bisturí.

Ante el éxito de su descubrimiento, William T. G. Morton decide alterar el olor del éter sulfúrico añadiendo ciertas sustancias aromáticas y lo patenta con el nombre de “*Letheon*”<sup>61</sup>. El ocultar la verdadera naturaleza del producto le resta credibilidad y los cirujanos de Massachusetts se niegan a emplearlo hasta que no les confiesa su verdadera composición. A partir de ese momento, se reanudan las operaciones con éter con éxito<sup>62,63</sup>. Pero la intervención decisiva para la aceptación de la anestesia con éter será la amputación de la pierna de una paciente de 20 años que llevará a cabo el cirujano Henry Jacob Bigelow (1818-1890), el 7 de Noviembre de 1846, bajo anestesia por éter practicada por Morton. La paciente se despierta y refiere que en ningún momento se ha percatado de la intervención quirúrgica llevada a cabo sobre su cuerpo<sup>64</sup>. Nace así la anestesia etérea, siendo el responsable de publicar oficialmente su descubrimiento a distintas sociedades científicas el Dr. Henry Jacob Bigelow<sup>65,66</sup>.

Con el anuncio del uso del éter sulfúrico como anestésico nace también el término de *Anestesia*. Durante mucho tiempo, la comunidad médica de Boston discutió el término que se debería aplicar a estas nuevas sustancias y a su uso<sup>67</sup>. Finalmente, Oliver Wendell Holmes (1809-1894), profesor de anatomía y decano de Harvard, fue el que sugirió el uso de este nombre a Morton debido a la pérdida de la conciencia causada por el éter<sup>68</sup>.

---

59 GUERRA, F., Historia de la Medicina, pág. 316.

60 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 276.

61 FRANCO GRANDE, A.; ÁLVAREZ ESCUDERO, J.; CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 21-25.

62 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 14-15.

63 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 4.

64 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 276.

65 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 3-4.

66 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 21-25.

67 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 529.

68 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 4.

Mientras tanto, en Europa, un fisiólogo francés, Ducos, comunica a la Academia de Ciencias de Paris sus resultados sobre los efectos del éter como anestésico en experimentos con animales en la primavera de 1846<sup>69</sup>. En Diciembre, la noticia del descubrimiento de la anestesia etérea por Morton, llega a Inglaterra y comienzan los ensayos. Son los barcos de la compañía Cunar, concretamente el *Caledonia* que, recorriendo el trayecto Boston-Liverpool en 15 días, llevan la noticia del descubrimiento. La primera experiencia con éter tiene lugar el 19 de Diciembre, cuando el Dr. Boot (1792-1863) y el dentista James Robinson (1813-1862), lo utilizan para extraer un molar a una niña de 13 años. Robinson continúa administrando éter y diseña un aparato de inhalación. Publicará el primer libro de texto sobre anestesia en Londres el 1 de Marzo de 1847<sup>70</sup>. En cirugía, propiamente dicha, es el cirujano Robert Liston (1794-1847), quien lo emplea para realizar con éxito una amputación en el University College Hospital de Londres, el 21 de Diciembre de 1846<sup>71,72</sup>. Es la primera intervención quirúrgica en Inglaterra con este anestésico. A partir de este momento comienza a generalizarse su uso. Uno de sus máximos defensores es el ruso Nikolai Ivanovitch Pirogoff (1810-1881) que comienza a utilizarlo en San Petesburgo, en Febrero de 1847, llegando a escribir un libro sobre ello<sup>73</sup>.

En Francia, los primeros ensayos vienen de la mano de un estudiante americano llamado Francis Willis Fischer<sup>74</sup>. Al tener noticias del descubrimiento del éter lo autoexperimenta en varias ocasiones e intenta, sin éxito, convencer a Alfred A. L. M. Velpeau (1795-1867) de su uso en la clínica de la Charité. Finalmente, Fischer, convence a A. J. Jobert de Lamballe (1799-1867) realizando varias intervenciones con éter del 15 al 24 de Diciembre de 1846. El 12 de Enero de 1847, F. J. Malgaigne (1800-1865), informa a la Academia de las Ciencias de Paris de 4 casos de cirugía con éter. Al igual que había ocurrido un año antes en EE.UU., nace oficialmente la anestesia etérea en Francia<sup>75</sup>.

Comienza la difusión de su uso en Europa. A lo largo del año 1847 se irá extendiendo por toda ella. Así, en Bruselas, los primeros ensayos son realizados en el mes de enero por el dentista I. Alex, aunque él mismo deja claro que el primero en emplear el éter en Bélgica es el Dr. Joseph Bosch, el día 9 de enero, pese a que sus resultados no fueron muy satisfactorios. En Austria, la

---

69 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 21-25.

70 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs 15.

71 GUERRA, F., Historia de la Medicina, págs. 316-317.

72 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 4.

73 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 15.

74 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 4.

75 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs 21-26.

situación política del momento dificulta el acceso a la prensa científica. El Dr. Franz Schuh (1805-1865) tiene noticia del descubrimiento de la anestesia etérea a través de los periódicos políticos pero, desconfiado, inicia sus propios experimentos y en un mes publica el resultado de los 21 que había realizado. En Alemania, la primera noticia publicada por la prensa es el 1 de Enero, pero hasta final de mes no se realiza el primer ensayo. El 24 de enero, el cirujano Johan Ferdinand Heyfelder (1798-1869) intenta, sin éxito, su primera intervención, pero no cesa en su empeño y, desde ese día hasta el 10 de marzo, administra éter en más de 100 casos. En Turín (Italia), Alejandro Riberi (1791-1861) realiza su primera anestesia etérea el 29 de enero pero fracasa, hasta que el día 31 consigue con éxito realizar una amputación. Sin embargo, el máximo defensor de la anestesia etérea en Italia fue Luigi Porta (1800-1875), profesor de cirugía en Pavía que idea el “*método italiano*”, un sistema para administrar el éter utilizando una vejiga de animal grande, que aplicaba a la boca del paciente, y que le da muy buenos resultados en más de 200 casos. En Suiza, Hermann Demme (1802-1867), es el primero en presentar sus resultados experimentales el 20 de Enero y, 3 días después, realiza con éter la extirpación de un tumor de mama<sup>76</sup>.

En España, el 13 de enero de este año de 1847, el profesor Diego de Argumosa y Obregón (1792-1865) utiliza el éter como anestésico, por primera vez, en Madrid. Entre las muchas aportaciones de Argumosa, en cuanto a herramientas y aparataje se refiere, hemos de destacar el diseñado para la inhalación etérea. El resultado de sus experiencias, en este campo de la anestesiología, las dará a conocer en el “*Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*”. En ese mismo año, publicita las suyas el catedrático de cirugía de Santiago, Don José González Olivares y Basilio San Martín, cirujano ejerciente en Madrid, que da resultados de más de medio centenar de anestесias<sup>77</sup>.

En Barcelona, Antonio Mendoza Rueda (1811-1872), catedrático de la Facultad de Medicina, realiza, el 16 de febrero, la primera anestesia etérea tras haber ensayado con animales junto a su colega, el también catedrático, José Castell Comas (1808-1850)<sup>78</sup>.

A finales del mes de enero, el dentista americano residente en Madrid, Oliverio Machechan, utiliza el éter para algunas intervenciones y durante todo el mes de Enero continúan apareciendo noticias en la prensa nacional con el resultado de los distintos ensayos que realizan numerosos colegas suyos de la época como Antonio Sáez, del Hospital General de la Corte, o José Martín

---

76 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág., 27.

77 SÁNCHEZ GRANJEL L., La Medicina Española Contemporánea, pág. 180.

78 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 4.

Calvo. Durante los primeros meses de 1847 continúan los ensayos en muchas otras ciudades españolas sin encontrar la gran acogida de otros países. Apenas están documentados 150 casos de anestesia etérea en España durante este año. Sin embargo, en ese mismo año, Juan Vicente Hedó publica en Valencia la primera monografía de un autor español sobre su experiencia de anestesia con éter en animales y humanos. A la par, en Cádiz, Antonio de Gracia y Álvarez traduce al castellano la monografía de Eduard Admond Burguiéres titulada “*Estudios estadísticos y críticos sobre la eterización*”. En general los médicos españoles fueron muy cautos con el descubrimiento del éter. Ese mismo año sería destronado por el cloroformo, que logró mejor aceptación y difusión. Durante casi toda la segunda mitad del s. XIX casi nadie utilizó éter en España, pero aún así muchos de nuestros cirujanos (Argumosa, Mendoza, Salo, San Martín, etc.) se cuentan entre los que diseñaron inhaladores de éter con el fin de mejorar su técnica de administración<sup>79</sup>.

A finales del siglo XIX la inmensa mayoría de los cirujanos adoptan las ideas de Lister sobre la antisepsia que permitiría avanzar hacia campos en los que hasta entonces no se había podido entrar. Esto les obliga a asimilar la anestesia en sus cirugías, no sólo para que el enfermo estuviese quieto, sino para lograr la relajación muscular ya que, para conseguir realizar las técnicas de cirugía de cavidad abdominal, precisaban de la relajación de la musculatura y eso sólo lo lograba una “*anestesia completa*”. Pero estos nuevos intentos de profundizar la narcosis dieron pie a nuevas complicaciones propiciadas, principalmente, por el uso excesivo de cloroformo. Se empezó a mirar de nuevo con buenos ojos el empleo de la anestesia etérea y, por otro lado, se empezó a considerar la necesidad de que hubiera médicos especializados en anestesia, que fuesen capaz de aplicar esta y resolver las complicaciones que fuesen surgiendo, mientras el cirujano quedaba libre para realizar la intervención<sup>80</sup>.

### **1.4.1.3. Cloroformo**

En 1831 tres químicos descubren, de manera simultánea aunque independiente, el éter clorado o cloroformo: Samuel Guthrie (1782-1842) en Estados Unidos, Eugéne Soubeiran (1783-1858) en Francia y Justus von Liebig(1803-1873) en Alemania<sup>81</sup>. Su fórmula química es investigada en 1834 por Jean Baptiste Dumas (1780-1840) y, en 1847, el fisiólogo Marie Jean Pierre Flourens (1794-1867) reconoce sus efectos anestésicos, aunque desaconseja su uso clínico

---

79 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág. 46.

80 Opus cit., págs. 157-160.

81 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 520.

tras realizar numerosos experimentos en los que comprueba que es demasiado tóxico para su uso en humanos<sup>8283</sup>.

En noviembre de 1847, aconsejado por el químico David Waldie (1813-1889), el ginecólogo escocés James Young Simpson (1811-1870) comprueba la posibilidad de conseguir anestesia general inhalando “*percloruro de formilo*” (*cloroformo*)<sup>84</sup>. La noche del 4 de noviembre de 1847 inhala cloroformo junto a sus ayudantes y observa que produce un estado de agitación y somnolencia por lo que decide emplearlo en varios casos de cirugía menor y obstétricos hasta que presenta un informe en la Sociedad Médico Quirúrgica de Edimburgo, publicado el 15 de noviembre de 1847, titulado “*Account of a New Anaesthetic Agent as substitute for Sulphuric Ether in Surgery and Midwifery*”<sup>8586</sup>. Comienza a difundirse su uso por todo el mundo a finales de Noviembre de ese año. Simpson defiende, a partir de entonces, el uso del cloroformo en el parto a pesar de la oposición, principalmente religiosa, de sus contemporáneos<sup>87</sup>. La defensa que hace Simpson del uso de la anestesia durante el parto fue ampliamente condenado por la iglesia calvinista por ser contrario al mandato bíblico de “*parirás con dolor*”<sup>88</sup>. Cuando, el 19 de abril de 1853, John Snow (1813-1858) administra cloroformo a la Reina Victoria de Inglaterra en un parto, se superan las críticas de los sectores religiosos más fundamentalistas que se oponían a su introducción en la clínica<sup>89</sup>. Lo llaman “*cloroformo a la reina*”<sup>90</sup>. Son los primeros pasos de la Anestesia Obstétrica.

Durante un siglo el cloroformo fue el anestésico más utilizado en Gran Bretaña. En Alemania, aún cuando se había demostrado que la mortalidad del éter era cinco veces menor, fue el anestésico de elección durante 25 años<sup>91</sup>.

Pero a finales del siglo XIX eran tantos los casos de muerte de pacientes atribuidas a la recién descubierta anestesia, principalmente clorofórmica, que la Academia de Cirugía de París propuso en 1860 que... “*se suspendiera el empleo de los anestésicos hasta que nuevas observaciones hiciesen descubrir, ya un agente, ya un modo de administración capaz de poner a los*

---

82 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág. 51.

83 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 6.

84 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 16-17.

85 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág. 51.

86 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 6.

87 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 16-17.

88 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 530.

89 GUERRA, FRANCISCO. Historia de la Medicina, pág. 317.

90 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 6-7.

91 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 529.

*enfermos al abrigo de todo accidente*”<sup>92</sup>. Sin embargo el empleo del cloroformo persistió hasta 1894 que empezó a decaer por el resultado de los trabajos de Leonard G. Guthrie en los que exponía varios casos de hepatotoxicidad en niños. Más tarde el cloroformo se condenó definitivamente cuando, en 1911 A. Goodman Levy (1856-1954) y el profesor Cushny, pudieron dar una explicación científica razonable a este hecho: pacientes con anestias muy superficiales por cloroformo eran susceptibles de sufrir fibrilación ventricular y, por tanto, muerte súbita<sup>93</sup>. Se popularizó el dicho “*El éter es maravilloso, pero peligroso; el cloroformo es mucho más maravilloso, pero también mucho más peligroso*”. En todos los países continuaron oyéndose advertencias de precaución, como la del Dr. Basilio San Martín en 1848: “*Tener presente que manejaís una sustancia excesivamente enérgica, que produce tales efectos que un paso más allá representa la muerte*”. La inseguridad llegó a ser tal que, a finales de siglo, las miradas volverán a dirigirse al éter y a otras nuevas técnicas anestésicas que comenzaban a surgir<sup>94</sup>.

En España, a finales de noviembre de 1847, la prensa publica el descubrimiento del que vendrá a sustituir al éter sulfúrico: el cloroformo o cloruro de formilo. Lo denominan “*agente poderoso y sorprendente*” y los titulares rezan “*la eterización destronada*”. Es lo que ocurrirá a partir de este momento pues desde su introducción clínica en nuestro país, el 20 de diciembre de 1847, deja de emplearse el éter como anestésico hasta la última década del siglo XIX<sup>95</sup>.

Uno de los sitios donde mejor acogida tiene, y más investigaciones se realizan, es en Santiago de Compostela. Allí, el catedrático de cirugía de la Facultad de Medicina Vicente Guarnerio Gómez (1818-1880), lee en el periódico parisino, “*El diario de los debates*”, los diferentes ensayos realizados con cloroformo en Edimburgo y Londres y se lo cuenta a su compañero Antonio Casares Rodríguez (1812-1888), catedrático de Química<sup>96</sup>. Éste realiza experimentos, incluso en sí mismo, ante otros miembros de la Universidad el 19 de diciembre de ese año y, el día 20, lo ponen en práctica en sus clínicas los cirujanos Vicente Guarnerio y José González Olivares en sendas intervenciones de pene y mama, respectivamente, con éxito en ambos casos, publicando sus resultados a lo largo de los meses siguientes logrando una gran difusión nacional<sup>97</sup>.

---

92 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág. 93.

93 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 16-17 y TORRES, LUIS M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 7.

94 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág. 93.

95 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 5.

96 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 52-71.

97 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 7.

A la par que los compostelanos, en Barcelona, el cirujano catalán Antonio Mendoza Rueda (1811-1872) también realiza ensayos con cloroformo con buenos resultados, pero no los difunde a nivel nacional por lo que sólo tienen noticia de ello en el ámbito científico catalán<sup>98,99</sup>.

En Madrid la introducción del cloroformo tiene lugar más tarde pero es ampliamente aceptado. Comienzan, el 26 de diciembre de 1847, autoexperimentando los efectos del cloroformo varios cirujanos, destacando Basilio San Martín Olaechea (1820-1901), sin atreverse a realizar el primer ensayo clínico hasta el día 30 de ese mes en una intervención de dilatación de fístula anal<sup>100</sup>.

Comenzará a preparar el cloroformo, para su uso como anestésico, el farmacéutico Diego Lleget y dará cumplida cuenta de su uso el “*Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*” en su número de enero de 1848. Nuevamente, igual que hizo con el éter, el profesor Argumosa será uno de los que lo utilicen y su rica experiencia será publicada en la obra “*Resumen de Cirugía*”, obra editada en 1856 de la que había dado noticia previa José Alarcón Salcedo, discípulo de Argumosa, en 1842 y que, por los errores contenidos, fue denunciada por Argumosa<sup>101</sup>.

La introducción de la anestesia clorofórmica en nuestro país es objeto de numerosas polémicas, entre detractores y defensores, que quedan recogidas en las páginas de la prensa científica de la época. Se suceden numerosos artículos, sobre el cloroformo y los anestésicos, en los años posteriores, algunos destacables como el de Pedro Mata en 1848 sobre el mecanismo de acción del cloroformo; una revisión europea de anestésicos de Vicente Aravaca de 1849; en 1850, la publicación de la monografía de Justo de Haro Romero; en 1851 y 1852, aparece la memoria de José Antonio Prats Roguer donde expone 20 casos de anestesia clorofórmica en Zaragoza; en 1853, publica otra memoria, en Valencia, Román Viscarro; en 1855 Antonio Coca da, en la Academia de Medicina y Cirugía de Granada, el discurso inaugural sobre el cloroformo. Si el primer premio en nuestro país sobre un tema anestesiológico tiene lugar en los primeros meses de 1847, en relación con la anestesia etérea, el siguiente premio del que tenemos noticias es convocado en Barcelona en el año 1849 por la Academia de Medicina y Cirugía bajo el título “*¿En que circunstancias se halla indicado y contraindicado el uso de la cloroforma?*”. Lo gana Emilio Pi y Molist, publicándose su memoria al año siguiente. Los años posteriores se sucedieron otros premios en relación con la anestesia inhalatoria en el resto de la nación<sup>102</sup>.

---

98 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 52-71.

99 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 8.

100 Opus cit., pág. 8.

101 SÁNCHEZ GRANJEL L., La Medicina Española Contemporánea, pág. 180.

102 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 5-8.

Desde su introducción, la mayoría de los médicos siguen el método de administración descrito por Simpson que consistía en aplicar una compresa o pañuelo humedecido de anestésico para que inhalara el paciente. En España, al igual que en el resto del mundo, se intentan crear diferentes mascarillas y aparatos de inhalación que permitieran una dosificación más exacta del cloroformo. Aunque cada autor ensalzaba las ventajas del producto inventado, ninguno de ellos se llega a generalizar y sin duda el método de la compresa simple, cucurucho o nido, continuó siendo el más utilizado por los cirujanos de la época<sup>103</sup>.

Hasta las últimas décadas del siglo XIX continúan las controversias sobre el uso de la anestesia clorofórmica. Se producirá un giro importante con la introducción de las técnicas antisépticas de Lister y la nueva cirugía sistemática de la cavidad abdominal iniciada por Salvador Cardenal Fernández (1852-1927), que en la segunda edición de su libro *“Manual de cirugía antiséptica”* (Barcelona, 1887), dedica una atención especial a la anestesia general. Doce años más tarde, Manuel Sánchez Navarro-Neumann, sienta las bases de la anestesia actual en su libro *“Manual de Ginecología. Asepsia y antisepsia. Anestesia. Exploración”* (Cádiz. 1899), en el que establece la importancia del examen preoperatorio del paciente, la necesidad de que fuera un facultativo especialista, y siempre el mismo, el que administrara la anestesia, expone los pasos a seguir durante el acto anestésico y explica la necesidad de que ese mismo facultativo acompañe al paciente en el postoperatorio inmediato<sup>104</sup>.

## **1.4.2. Anestesia Rectal**

La intención de encontrar una vía de administración de anestésicos, diferente a la inhalatoria, lleva a muchos investigadores a realizar diferentes ensayos clínicos, considerando que la mucosa rectal tiene una gran capacidad de absorción de fármacos. Se pueden diferenciar cuatro etapas en la anestesia por vía rectal. Sólo las dos primeras pertenecen al s. XIX.

### **1.4.2.1. Primera Etapa (1847)**

Está aceptado que comienza el 16 de Marzo de 1847, cuando Marc Dupuy presenta a la Academia Nacional de Medicina de Paris un informe sobre el resultado de sus experimentos al administrar en perros, por vía rectal, una mezcla de éter sulfúrico líquido y agua. Comprueba que

---

103 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 91-92.

104 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 9.

con esta combinación consigue la anestesia, ante ciertos estímulos, sin afectar la capacidad respiratoria<sup>105</sup>. Concluye que se obtiene una anestesia quirúrgica igual de eficaz que por vía inhalatoria. Unos días más tarde, el 5 de abril, el fisiólogo Magendie es el encargado de presentar, ante la “*Comisión del éter*” de la Academia de las Ciencias de Paris, el resultado de los experimentos de Dupuy<sup>106</sup>.

Sin embargo, no tiene la misma aceptación que Dupuy el cirujano ruso Nicolai Ivanovich Pirogoff (1810-1881) cuando comunica, el 27 de abril del mismo año, a la misma Academia, el resultado de sus ensayos clínicos en los que administraba por vía rectal vapor de éter. Para ello introducía un tubo en el recto que por el otro extremo tenía una jeringuilla conectada y cargada con éter líquido y agua caliente a 50° centígrados, de forma que el éter se transformaba en vapor, que era lo que se administraba al paciente logrando anestesiarlo en cinco minutos sin afectar a la respiración. Según afirmaba, los resultados eran tan buenos que la anestesia rectal pronto sustituiría a la inhalatoria. Nada más lejos de la realidad. Su informe es cuestionado por el secretario de la “*Comisión del éter*” de la academia, M. J. P. Flourens, el 5 de mayo. Pirogoff les envía una carta el 21 de junio acompañada de una monografía sobre eterización escrita por él mismo, adjuntando el resultado exitoso de las numerosas operaciones quirúrgicas realizadas con el vapor de éter por vía rectal. Los estudios de Dupuy y Pirogoff alcanzan una gran difusión en toda Europa<sup>107,108</sup>.

Aunque en Europa los experimentos de Dupuy y Pirogoff se consideran los pioneros de la anestesia rectal, lo cierto es que el primer ensayo clínico tiene lugar un mes antes que los de Dupuy en España. El 19 de febrero de 1847, el Dr. Antonio Sáez, cirujano militar del Hospital General de Madrid, previa “*lavativa emoliente*”, administra éter sulfúrico líquido mezclado con agua por vía rectal a una paciente a la que va a extirpar un gran tumor de mama. Durante la intervención la enferma presenta sopor pero persiste el dolor por lo que aumenta la dosis de éter administrada. Como el resultado no es bueno, suspende la operación y la continúa al día siguiente pero esta vez inhalando éter durante media hora. Tampoco el resultado es del todo satisfactorio pues, a pesar del adormecimiento, la paciente continua con dolor, su estado empeora tras la cirugía y finalmente fallece<sup>109,110</sup>.

---

105 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 263-264.

106 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 11-12.

107 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 263-264.

108 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 12.

109 Opus cit., pág. 12.

110 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 263-264.

Otro médico español también ensaya el éter líquido por vía rectal con animales, esta vez conejos, y comunica sus resultados a la Gaceta de Paris el 14 de abril de 1847. Se trata de Juan Vicente Hedo. Explica que, para conseguir una anestesia adecuada, necesita altas dosis durante más tiempo, dando lugar a dificultad respiratoria y signos de equimosis en tubo digestivo, concluyendo que es necesario realizar más ensayos clínicos en animales antes de su uso en humanos<sup>111,112</sup>.

#### **1.4.2.2. Segunda Etapa (1884).**

Durante muchos años, como ya hemos dicho, el cloroformo pasa a ser el anestésico más utilizado en todo el mundo, destronando al resto de anestésicos. Sin embargo, en 1884, se despierta de nuevo el interés por la anestesia rectal gracias a los trabajos que Oscar Wanscher (1846-1906), cirujano de Copenhague, presenta en el VIIIº Congreso Internacional de Ciencias Médicas. Explica los resultados obtenidos en 22 ensayos administrando éter sulfúrico por vía rectal. Estos se difunden en Francia y ese mismo año, el 30 de marzo de 1884, Daniel Mollière (1848-1890) publica sus experiencias con el éter rectal. Al principio empleaba una vejiga para administrar el vapor de éter y posteriormente perfecciona la técnica calentando a 49º centígrados el recipiente que contenía el éter. Concluye que esta anestesia permitía la cirugía de la cara sin que el paciente sufriera excitación y con fácil dosificación<sup>113</sup>. Sus resultados son tan satisfactorios que fueron repetidos por cirujanos de distintos países y, sin embargo, estos coincidieron en que era una técnica poco segura, con riesgo de mortalidad postoperatoria, por lo que volvió a caer en el olvido a partir de 1885<sup>114</sup>.

En España, el Dr. Federico Rubio y Galí (1837-1902) adapta la técnica de Mollière y realiza, en mayo de 1884, al menos 4 ensayos con éter rectal en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa de Madrid. Observa que las complicaciones se debían a la excesiva distensión intestinal y que se lograba una anestesia muy superficial por lo que aconseja asociar cloroformo inhalado para completar el efecto del éter rectal. Posteriormente también cae en el olvido, al igual que en el resto del mundo<sup>115</sup>.

---

111 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 12.

112 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 263-264.

113 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 13.

114 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 264-266.

115 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 13.

### 1.4.3. Anestesia intravenosa

Se sabe que las jeringas se usaban ya en la Antigua Grecia. En 1656, Christopher Wren inventó un instrumento uniendo una pluma a la vejiga de una rana para inyectar opiáceos intravenosos. El aislamiento de alcaloides de origen vegetal, a principios del siglo XIX, da pie a que los médicos de la época buscasen nuevas vías de administración pues lo que venían haciendo, hasta entonces, era producir heridas en la piel del enfermo para depositar los fármacos sobre ellas<sup>116</sup>.

Se tiene noticia del primer intento de anestesia intravenosa en el año 1665, cuando Johan Sigismund Elsholtz (1623-1688) inyecta, intencionadamente en una vena, una solución de opio con el fin de lograr insensibilidad<sup>117</sup>. Sin embargo, hasta el siglo XIX no se puede considerar la técnica intravenosa como una nueva modalidad anestésica: En 1850 Francis Rynd (1801-1861) diseña una jeringa para introducir por gravedad medicamentos analgésicos en la herida que había producido con una lanceta. Más tarde Alexander Wood (1817-1884) inventa una aguja hueca que encajaba en una jeringa que Daniel Ferguson había creado para él. Wood utiliza este dispositivo para tratar neuralgias con inyecciones de morfina. Con los años y el desarrollo de la anestesia regional va mejorando el diseño y el material. En 1896, H. Wulfing Luer crea en París la primera jeringa de vidrio. Pero el principal problema era la oxidación de las agujas hipodérmicas al esterilizarlas. Se solucionaría a partir de 1918 con la producción de acero inoxidable<sup>118</sup>.

Los primeros experimentos en animales, inyectando toda clase de sustancias intravenosas, habían sido realizados en 1656 y 1657 por el ya citado Christopher Wren y por Timothy Clarck, respectivamente. Pero el primer intento exitoso con anestesia intravenosa tiene lugar en 1872 y lo realiza Pierre-Cyprien Ore (1828-1891) inyectando a 44 perros hidrato de cloral, que había sido descubierto como hipnótico por Oskar Liebreich en 1869<sup>119</sup>. Dos años más tarde, Ore comienza los ensayos en humanos y en 1875 publica en París los resultados obtenidos en 36 casos en la obra "*Etudes cliniques sur l'anesthésie chirurgicale par le methode des injection de chloral dans les veines*"<sup>120</sup>. Posteriormente se utilizan diversos fármacos como el tribromoetanol (que inicialmente se empleó por vía rectal) y en analgesia obstétrica se usa una combinación de morfina y escopolamina conocida como "*el sueño en penumbra*"<sup>121</sup>.

---

116 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 19-20.

117 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 15.

118 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 19-20.

119 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 315-318.

120 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 15.

121 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 28-29.

#### 1.4.4. Anestesia Locorregional

En 1854, en plena ebullición de la anestesia inhalatoria, James Arnott vuelve a defender la vuelta a la anestesia local con frío debido a las complicaciones de la inhalatoria. Se consigue conciliar lo segundo con la sustancia de moda en lo primero. A partir del año 1876, Benjamin Ward Richardson (1828-1896) aprecia como la evaporación de líquidos volátiles ocasiona frío e insensibilidad en la piel e inventa el pulverizador de éter, sustituido posteriormente por cloruro de etilo, aún usado hoy día<sup>122,123</sup>.

En 1860, Albert Niemann (1834-1861) consigue aislar el principio activo de las hojas de coca, al que da por nombre cocaína. Se inician las investigaciones sobre sus propiedades y usos. En 1868 el médico peruano Moreno y Maiz publica sus investigaciones sobre la coca. Más tarde, en 1880, Vassily Von Anrep (1852-1927) estudia los efectos de la cocaína y sugiere su utilización como anestésico local. Pero es Sigmund Freud (1856-1939) quien estudia su uso como sustituto de los opiáceos<sup>124</sup>. En 1884 Freud terminó su estudio “*Sobre la coca*” en el que destaca el efecto anestésico sobre la piel y las mucosas. Pone en la pista a su amigo Carl Koller (1858-1944), médico vienés al igual que él, que había dedicado muchos años a investigar sobre un anestésico que le permitiera actuar sobre la córnea ocular. Descubre Koller, ayudado por otro colega, que vertiendo una solución de cocaína sobre la cornea pueden manipularla sin que el paciente sienta dolor. El 14 de septiembre de 1884 Koller comunicará su hallazgo, en una sesión de la Sociedad Oftalmológica de Heidelberg, con la ponencia “*Comunicación provisional acerca de los efectos anestésicos locales en el ojo*”. Al año siguiente se realizan en Berlín 373 operaciones oculares con este tipo de anestesia y aparecen más de 100 publicaciones sobre el tema<sup>125</sup>.

En el campo de la ORL también comienza a utilizarse la cocaína como anestésico local. Así, en íntima comunicación con Koller, lo hará el otorrinolaringólogo vienés Edmund Jelinek que, el 17 de octubre de 1884, informa de su experiencia a la Sociedad Médica. Su superior jerárquico, Leopold Schrötter von Kristelli, realiza operaciones en este campo con anestesia local a base de cocaína. Todavía se pensaba que la utilización de cocaína no provocaba adicción, al contrario de lo que ocurría con los que consumían opio o morfina. En el caso de la cocaína todavía no se habían observado síntomas físicos graves, al contrario de lo que ocurría con los opiáceos<sup>126</sup>.

---

122 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 16.

123 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 20.

124 Opus cit., pág. 19 y 22.

125 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 324.

126 Opus cit., pág. 324.

En España será el oftalmólogo catalán Luis Carreras Aragó (1835-1907) quien, incorporando a su trabajo el método de Koller, da pie a la expansión de la cocaína en nuestro país<sup>127</sup>.

La elevada toxicidad de la cocaína, a concentraciones superiores al 2%, propicia el estudio con soluciones más diluidas y la búsqueda de nuevos anestésicos locales. A finales del siglo XIX, Paul Reclus (1847-1914), hace infiltraciones de cocaína al 1% en las distintas capas de los tejidos antes de su disección y, en Alemania, se desarrolla el método de Carl Ludwig Schleich (1859-1922) que infiltra cocaína a concentraciones aún más diluidas (del 0,1% al 0,001%) asociadas a pulverizaciones de cloruro de etilo. Aparecen también nuevos fármacos: en 1890 Eiser introduce la anestesia. En 1891 y 1892, Giesel, Liederman y Chadbourns descubren y sintetizan la tropocaína, en 1896 Vine introduce la cocaína y en 1897 Tauber la halocaína. En 1899 Einhorn describe la procaina que comercialmente se llamará novocaína<sup>128</sup>.

En 1884, Alfred Hall comunica la primera anestesia regional troncular humana al explicar el bloqueo de los nervios supraorbitario, infraorbitario y alveolar inferior, que su maestro, William Stewart Halsted, había realizado<sup>129</sup>. Sus primeras experiencias consistían en la exposición quirúrgica de las raíces e inyección directa en el nervio de cocaína al 4% en diferentes dosis. Inicialmente bloquean el antebrazo y el nervio cubital a nivel del codo y después continúan con nervios de diversas localizaciones. Carl Schleich modifica la técnica infiltrando cocaína diluida (0,01%-0,2%) en los tejidos subcutáneos. Más tarde, James Leonard Corning observó que el efecto de la cocaína era mayor si realizaba un torniquete en la extremidad a bloquear pero Heinrich F. Braun consiguió este mismo efecto añadiendo epinefrina a la solución<sup>130,131</sup>.

En 1886, en Nueva York, James Leonard Corning (1855-1923), publica el primer libro sobre anestesia local titulado “*Local Anaesthesia in General Medicine and Surgery*”<sup>132</sup>.

#### **1.4.5. Anestesia Intradural**

El primer bloqueo neuroaxial conocido lo realiza el neurólogo James Leonard Corning (1855-1923), el 12 de Octubre de 1885, al inyectar 120 mgr. de cocaína entre las apófisis espinosas

---

127 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 16-17.

128 Opus cit., pág. 17.

129 LYONS, A.S., PETRUCCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 530.

130 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., Anestesiología Clínica, pág. 3.

131 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 23-24.

132 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 17.

de las vértebras torácicas once y doce, obteniendo una completa anestesia de extremidades inferiores y periné en su paciente. Cabe suponer, por la dosis empleada, que había realizado una inyección epidural del fármaco. Su intención no era emplearlo como anestésico sino como tratamiento para un paciente con debilidad muscular. Pero apenas trasciende el resultado de sus investigaciones<sup>133</sup>. Seis años más tarde, en 1891, describen la técnica de la punción lumbar, al mismo tiempo pero de forma independiente, Walter Essex Wynter (1860-1945) en Londres y Heinrich Irenaeus Quincke (1842-1922) en Kiel. En esta última ciudad, el 15 de agosto de 1898, August Bier (1861-1949) define la raquianestesia o anestesia espinal al explicar como se puede lograr una amplia analgesia al inyectar cocaína en el espacio subaracnoideo con la técnica de Quincke. Un año después Bier publica el resultado de los primeros casos en los que aplica raquianestesia y los efectos secundarios de la misma experimentados en él mismo y sus ayudantes<sup>134</sup>. El trabajo de Bier se hace famoso y da lugar a numerosas investigaciones relacionadas con la anestesia raquídea en los siguientes años<sup>135</sup>. Sin embargo, los efectos secundarios provocados por la inyección intradural de cocaína inclina a los científicos a seguir con nuevas investigaciones de drogas que no produjeran esos efectos nocivos ni provocaran habituación<sup>136</sup>.

## 1.5. Anestesia en el s. XX

### 1.5.1. Anestesia Inhalatoria

A finales del XIX y principios del XX las numerosas complicaciones atribuidas a la anestesia clorofórmica obligan a retomar el éter sulfúrico como el principal agente anestésico inhalatorio. Se establece que *“el éter será la regla y el cloroformo la excepción”* y que *“los inconvenientes que el éter presenta sobre el cloroformo son inferiores al peligro que el uso de este último pueda tener”*. Comienza a propagarse un chascarrillo: *“el éter es maravilloso pero temible; el cloroformo es más maravilloso pero también más temible”*<sup>137</sup>.

Persisten los intentos por conseguir el anestésico ideal. James T. Gwathmey (1863-1944) publica un libro en 1914 en el que enumera más de 600 posibles anestésicos. En 1923 el etileno se introduce en clínica pero es explosivo, al igual que el éter de divinilo introducido por Chauncey Leake (1896-1978) y el ciclopropano incluido, en 1934, por Ralph Waters (1884-1979). En 1935

---

133 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 24-25.

134 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 18.

135 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 25-26.

136 LYONS, A.S., PETRUCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, pág. 530.

137 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 5.

Christopher L. Hewer (1896-1986), incorpora el tricloroetileno como anestésico no explosivo pero se descubre que produce toxicidad y deja de emplearse<sup>138</sup>.

La propiedad combustible de la mayoría de los gases inhalados obliga a seguir buscando otros. En la década de los treinta se intenta lograr anestésicos no inflamables fluorando parcialmente los que lo son<sup>139</sup>. Así es como John C. Krantz Jr., sintetiza el fluroxeno o trifluoroetilviniléter. El 10 de abril de 1953 aplica una gota de este anestésico a Max S. Sadove, anesthesiólogo de Illinois, observando una recuperación rápida y sin complicaciones. Pero su empleo se ve dificultado por las dudas sobre su posible toxicidad. Un año después, en 1954, Charles Suckling sintetiza halotano. Sus propiedades farmacológicas son estudiadas por James Raventos (1905-1983). Michael Johnstone (1905-1983) lo introduce en 1956 en la práctica clínica. Pero a partir de 1958 empiezan las controversias en torno a este gas, puesto que son numerosos los trabajos que le atribuyen la necrosis hepática como efecto secundario grave. La industria farmacéutica insiste en la producción de nuevos anestésicos inhalatorios más seguros y aparecen el enflurano, isoflurano, desflurano y, por último, el sevoflurano, algunos de ellos de uso actual en la práctica anestésica<sup>140</sup>.

En España las primeras décadas de este siglo en la anestesia general van a estar marcadas por varios acontecimientos. En primer lugar por la introducción y aceptación de las nuevas técnicas de cirugía abdominal que precisan un mayor grado de profundidad anestésica. Para conseguirlo aumentan las dosis de cloroformo y el exceso provoca muchas complicaciones e, incluso, la muerte por lo que se vuelve al éter sulfúrico como anestésico que parece más indicado para este tipo de cirugía. También contribuye la introducción y gran aceptación del inhalador diseñado en 1908, por el cirujano francés Louis Ombrédanne (1871-1956), que será empleado por nuestros médicos durante la primera mitad de siglo<sup>141</sup>.

En los primeros años se introducen dos nuevos anestésicos inhalatorios bastante aceptados entre los cirujanos de la época: el cloruro de etilo y el somnoformo. El cloruro de etilo, conocido desde 1890, inicialmente se utiliza como anestésico local. A finales del XIX comienza a emplearse como anestésico general inhalatorio. En España lo introduce, en 1901, el dentista Florestán de Aguilar. También es éste el primero en utilizar el somnoformo, una mezcla de distintos fármacos

---

138 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 17.

139 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., Anestesiología Clínica, págs. 2-3.

140 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 18.

141 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 6.

anestésicos: cloruro de etilo 60%, cloruro de metilo 35% y bromuro de metilo 5%, que en Francia comienza a utilizarse en 1901. Pero, a pesar del avance de los fármacos inhalatorios, la anestesia general se verá desplazada en numerosas intervenciones por la llegada de la raquianestesia en 1900 y la introducción de nuevas técnicas de anestesia local en 1905<sup>142</sup>.

## 1.5.2. Anestesia Rectal

### 1.5.2.1. Tercera Etapa

Como habíamos dicho anteriormente, la anestesia rectal cayó en el olvido a partir de 1885 excepto en Inglaterra donde Buxton la utiliza en 1890 en operaciones de cara y cuello para tener libre acceso al campo quirúrgico. Se considera que la tercera etapa comienza en 1903, que es cuando se vuelve a tener noticias del uso del éter rectal. Este año un cirujano de Boston, John Henry Cuninghan (1877-1960), modifica las técnicas conocidas hasta el momento y decide aplicar el éter con aire. Lo realiza en 41 pacientes y, en 1905, publica, junto con su colega Frank Howard Lahey (1880-1953), los resultados. Concluyen que la absorción del éter rectal es buena sin producir excitación ni vómitos, el periodo de recuperación es rápido y la principal complicación que presenta es el estreñimiento. Continuando la línea de Cuninghan, Walter S. Sutton de Kansas City, realiza 140 ensayos con éter rectal, pero mezclándolo con oxígeno en vez de aire y, en 1910, publica sus resultados<sup>143</sup>.

En 1913 nace una nueva clase de anestesia rectal, la “*oil-ether-anesthesia*”, que consiste en mezclar éter con aceite de oliva y aplicarlo por vía rectal. El inventor, el anesthesiólogo de Nueva York James Taylor Gwathmey (1863-1944), lo da a conocer en Londres el 11 de agosto de 1913 en el XVII Congreso Internacional de Medicina. En diciembre de ese año publica los resultados de su aplicación en 100 casos. En 1930 se tienen noticias de hasta 20.000 anestесias realizadas. Anota diferentes aclaraciones, respecto a su uso en analgesia obstétrica, y alcanza una elevada difusión, sobre todo en EEUU<sup>144</sup>.

En España, el primero en utilizar la técnica de Gwathmey, para operaciones de ORL, fue Adolfo Hinojar Pons, publicando, en 1917, más de 100 casos<sup>145</sup>. Al año siguiente, Juan José Soler Juliá, modifica ligeramente la técnica añadiendo una parte y media de aceite por cada parte de éter

---

142 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 163-172.

143 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 13.

144 Opus cit., pág. 13.

145 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 266-269.

para disminuir las molestias intestinales, publica el resultado de 25 intervenciones y, aunque no siempre se muestra muy optimista con esta modalidad de anestesia, en el IX Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Madrid, en 1932, presenta una comunicación en la que defiende el éter rectal. En 1928, el Dr. Sancho Castellano, de la Clínica ginecológica del Profesor Luis Recasens de Zaragoza, comunica sus resultados en 28 casos de analgesia obstétrica con el método Gwathmey modificado<sup>146</sup>.

#### 1.5.2.2. Cuarta Etapa (A partir de 1926)

Esta última etapa esta marcada por el empleo de un nuevo fármaco, la “*avertina*” o tribromoetilalcohol, descubierto en Alemania por Richard Willstätter y Walter Duisberg en 1922<sup>147</sup>. Los primeros ensayos los realizan en el Hospital pediátrico de Düsseldorf como tratamiento de la tosferina, pero en 1926, el farmacólogo Fritz Eichholtz (1889-1967), revela sus propiedades como anestésico y el cirujano Otto Butzenegger (1885-1968) lo introduce en la clínica usándolo en unos 300 casos<sup>148</sup>. Se emplea principalmente por vía rectal aunque a veces también intravenosa sola o asociada a otros anestésicos<sup>149</sup>. A pesar de sus buenos resultados muchos otros cirujanos discrepan de sus propiedades culpando a la avertina de la muerte de sus pacientes. Surge así el interés por este nuevo hipnótico dando lugar a numerosos estudios como los de Killian(1892-1982), Straub (1874-1944), Läden(1876-1958) o Kirschner(1879-1942), que sientan las bases de la anestesia rectal avertínica y facilitan su difusión mundial<sup>150</sup>. Con el empleo de avertina, Walter Straub define un nuevo concepto anestésico que se utilizará durante décadas: la “*anestesia o narcosis basal*”: utilizando dosis bajas de avertina se alcanza un estado de sedación que disminuye la excitación preanestésica y permite, a continuación, proceder a la eterización del paciente con el aparato de Ombredanne<sup>151</sup>.

En España, las primeras noticias sobre la avertina las proporciona en 1928 José Sancho Castellano, de Zaragoza y, más ampliamente, en 1929, dan información sobre lo que han visto en Alemania los médicos de Granada Enrique Hernández López y Martín Vivaldi, pero ninguno de

---

146 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 14.

147 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, pág. 172.

148 Opus cit., págs. 266-269.

149 Opus cit., pág. 172.

150 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 14.

151 Opus cit., pág. 15.

ellos tiene experiencia con la avertina<sup>152</sup>. Los primeros ensayos en nuestro país los realizan en 1930 los doctores Blanc Fortacín, Soler Roig y Colmeiro Laforet, comunicando éste último, en 1931, el primer caso de muerte por avertina en España. Se producen muchos ensayos alcanzando gran difusión en todo el país aunque no llega a alcanzar tanta popularidad como en otros lugares del mundo<sup>153</sup>.

### 1.5.3. Anestesia Intravenosa

A comienzos de siglo se produce el gran desarrollo de la anestesia general intravenosa, merced a la multitud de fármacos nuevos desarrollados, por un lado, y a la generalización de los ensayos clínicos y publicaciones, por el otro. Además, las teorías en torno a la anestesia intravenosa se suceden. Así, el primero en desarrollar la *teoría de la anisociación* fue George W. Crile que, en 1902, amplía Harvey Cushing (1865-1939) sentando las bases del uso intravenoso de opiáceos. Aunque ya había sido descubierto algún barbitúrico se puede afirmar que el primero con propiedades sedantes fue el “*veronal*” o ácido dietil barbitúrico, sintetizado en 1903 por Emil Fischer (1852-1918) y Joseph Friederich von Mering (1849-1908). En 1905 Nicholas Krawkow (1865-1924) introduce el hedonal en Rusia y de aquí se extenderá por el resto de Europa, llegando a Londres donde Max Page lo usa en 1912<sup>154</sup>.

En 1906 Witzel decide administrar los anestésicos inhalatorios diluidos por vía intravenosa, empleando éter y cloroformo. Otros le imitan con distintos fármacos pero no se obtienen resultados satisfactorios hasta 1909 en que Ludwig Bukhardt (1872-1924) emplea éter intravenoso al 5%. Se emplean nuevos fármacos como el paraldehido mezclado con una dilución de éter, empleado por Noel y Souttar en 1913; alcohol etílico al 33% mezclado con glucosa, por el japonés Nagawaka; avertina, por Kirschner en 1929; y otros como el somnifeno (Bardt 1920, Fredet 1924), ipral (Jackson y Lurie 1925), pernocton (Bumm, 1927), amital sódico (Zerfas, McCallum 1929) o nembital (Lundy 1930)<sup>155</sup>.

En 1932, en Alemania, Kropp y Taub elaboran un hipnótico para su administración oral, el “*evipán sódico*” (ciclohexenil-metil-N-ácido-metil-barbitúrico)<sup>156</sup>. Hellmut Weese, farmacólogo alemán, que desde 1929 dirigía el Instituto farmacológico de la empresa farmacéutica Bayer en

---

152 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 269-271.

153 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 14.

154 Opus cit., pág. 15.

155 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 315-318.

156 Opus cit., págs. 172-173.

Wuppertal-Elberfeld, anuncia, en 1933, la puesta en escena del Hexobarbital como anestésico intravenoso de corta duración con el nombre de “*Evipan*”. Pocos meses después presenta el “*Evipan-Natrium*” como preparado ideal para las intervenciones de cirugía menor de corta duración. Aproximadamente cuatro millones de pacientes serán operados hasta 1941 con este producto. El cirujano alemán Hans Killian (1892-1982), que junto con Hellmut Weese había publicado un amplio tratado sobre “*La Narcosis*”, escribirá: “*A pesar de las grandes dificultades iniciales, durante el periodo de introducción, como sucede con todo narcótico que se da a los médicos, el Evipan consiguió un éxito abrumador. Con el Evipan-Natrium se propagó en todo el mundo civilizado la anestesia intravenosa y cambió todo el campo de la anestesia. Desaparecieron los sobresaltos de la anestesia y el temor de que eran presa los pacientes fue disminuyendo poco a poco. La anestesia intravenosa se convirtió en una bendición y Hellmut Weese logró gracias a su Evipan-Natrium fama internacional*”<sup>157</sup>. Más tarde, Anschütz y Specht publicarán una tabla de dosis que facilitará su aplicación y difusión mundial<sup>158</sup>.

En esos años surge la anestesia balanceada: John Silas Lundy (1890-1974) asocia anestesia inhalatoria con amobarbital y, luego, pentobarbital intravenoso. También en 1932, Ernest Henry Volwiler y Donalee Tabern, sintetizan otro barbitúrico llamado pentotal sódico o tiopentona que será introducido en la clínica dos años más tarde por John Lundy<sup>159</sup>. Según él, es un ejemplo más de haber logrado la anestesia equilibrada combinando varios fármacos a menor dosis con menos efectos adversos<sup>160</sup>.

Tras el parón que supone la Segunda Guerra Mundial se reinicia el descubrimiento e introducción en la clínica de nuevos fármacos intravenosos: metohexitona en 1956, hidroxidiona en 1955, propanidida en 1966, ácido gammahidroxibutírico en 1960, alfaxolona/alfadiona (althesin) en 1971<sup>161</sup>. Continúa después la síntesis de las benzodiazepinas, siendo la primera el clordiazepóxido en 1957 y, más tarde, diazepam (1959), lorazepam (1971) y midazolam (1976). La ketamina se sintetiza en 1962 por Stevens y, en 1965, la utilizan por vez primera Corssen y Domino, siendo aprobada en 1970. En 1964 se desarrolla el etomidato, aprobado en 1972<sup>162</sup>. Y el más reciente, aprobado en 1989, es el Propofol<sup>163</sup>.

---

157 SHOTT, H. y OTROS, *Crónica de la Medicina*, pág. 437.

158 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, págs. 172-173.

159 TORRES, L.M., *Tratado de Anestesia y Reanimación*, pág. 15.

160 MILLER, R.D., *Miller Anestesia*, págs. 28-29.

161 TORRES, L.M., *Tratado de Anestesia y Reanimación*, pág. 15.

162 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., *Anestesiología Clínica*, págs. 2-3.

163 MILLER, R.D., *Miller Anestesia*, pág. 29.

En 1944, en Nueva York, Charles Adams (1906-1956) publica “*Intravenous Anesthesia*” en el que expone la evolución de la anestesia intravenosa desde sus inicios, en 1872, hasta ese mismo año<sup>164</sup>. Continuamente surgen nuevos conceptos en relación con ella. En 1952 en Francia, Laborit y Huguenard inducen la “*hibernación artificial*” con el llamado “*coctel lítico*”, combinando la clorpromacina con meperidina. En 1959, J. de Castro y Mundeleeer definen la “*neuroleptoanalgesia*”, asociando un neuroléptico (haloperidol) a un potente analgésico (fenoperidina). En 1973, Du Cailar define la “*diazanalgesia*”, al asociar una benzodiacepina (diacepan o midazolam) a un analgésico opiáceo (fentanilo o alfentanilo). Tiene un éxito relativo la “*anestesia disociativa*”, secundaria al uso de la ketamina, pero lo que alcanza mayor relevancia desde la década de los 80 es la TIVA o “*Anestesia Total Intravenosa*” con el uso de diversos fármacos, principalmente el propofol<sup>165</sup>.

Inicialmente, en España, los barbitúricos son empleados para analgesia obstétrica con buenos resultados. Santiago Dexeus Font emplea el somnifeno en todos los partos. El pernocton se usa sobre todo en las clínicas del Dr. Recasens, en Madrid y Zaragoza. En cuanto al pentothal sódico, aunque introducido en la clínica por John Silas Lundy en 1934, no llega a España hasta pasados los años 40, destacando una publicación en 1948 del anesthesiólogo sevillano Burgos Guindós<sup>166</sup>. Son dos urólogos de Santander, Picatoste y Pérez Castro, los primeros en trabajar con el evipan. Aunque inicialmente no es muy aceptado, la Guerra Civil da pie a que se emplease en heridos de guerra donde encuentra su indicación principal<sup>167</sup>.

No cabe duda de que el inicio del siglo XX abre nuevos caminos a la síntesis y uso de nuevos anestésicos de fácil manejo por vía endovenosa. Por otra parte, el descubrimiento de los relajantes musculares y su uso por los anestesistas para controlar los movimientos respiratorios y para permitir a los cirujanos manipular el interior del cuerpo, con una musculatura relajada, también significará un gran avance en la anestesiología y en la cirugía<sup>168</sup>.

#### **1.5.4. Anestesia Locorregional**

El alemán Alfred Einhorn (1857-1917), Catedrático de Química de la Escuela Superior Técnica de Munich, registra el día 16 de Abril de 1905 la patente de un nuevo principio que será el

---

164 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 15.

165 Opus cit., págs. 15-16.

166 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 315-318.

167 Opus cit., págs. 172-173.

168 LYONS, A.S., PETRUCCELLI, R.J., y COL., Historia de la Medicina, págs. 530-531.

sustituto de la cocaína como anestésico local: es el hidrocloreto de procaína. Se había venido investigando en la búsqueda de un anestésico local que evitase los riesgos de adicción producido por la cocaína. La empresa farmacéutica Hoechst pondrá el hidrocloreto de procaína en el mercado con el nombre de Novocaína. Otras empresas del ramo seguirán su estela<sup>169</sup>.

Al mismo tiempo tiene lugar otro acontecimiento fundamental en la evolución de estos fármacos: la recomendación de Heinrich Braun (1862-1934) de asociar adrenalina a las soluciones anestésicas para disminuir su toxicidad y aumentar la duración de su efecto. Esta nueva modalidad fue utilizada en España de forma muy habitual, desde 1909, por el catedrático de cirugía de Madrid, Luis Guedea y Calvo (1860-1916)<sup>170</sup>.

Durante todo el siglo XX continúan apareciendo nuevos anestésicos locales que contribuyen a la expansión y perfeccionamiento de las técnicas de anestesia locorregional: dibucaína (1930), tetracaína (1932), lidocaina (1947), cloroprocaína (1955), mepivacaína (1957), prilocaína(1960), bupivacaína (1963), etidocaína (1972)<sup>171</sup>.

La Anestesia Regional Intravenosa (ARIV) es descrita por Bier en 1908 utilizando procaína como anestésico. No tiene mucho éxito hasta su reintroducción en la década de los 60. Lo mismo ocurre con la Anestesia Regional Intraarterial (RIA), descrita por primera vez por el cirujano vascular español José Goyanes Capdevila (1876-1964) quien comienza sus experimentos en animales en 1908 y en los años siguientes publica diversos trabajos defendiendo la técnica<sup>172</sup>. Obtiene muy buenos resultados cuando inyecta anestésico local en las arterias periféricas delimitando el área quirúrgica entre dos torniquetes, pero la toxicidad es muy elevada si no emplea torniquete o inyecta en grandes arterias como la carótida. Informa de sus buenos resultados a la Academia de Medicina empleando, en unos casos, novocaína y, en otros, clorhidrato de morfina. Aunque esta técnica no se popularizó entre sus colegas, el Dr. Goyanes no dejó nunca de emplearla por los buenos resultados obtenidos<sup>173</sup>.

No podemos dejar de mencionar otro de los grandes logros en las técnicas anestésicas de este siglo XX en el ámbito de la anestesia locorregional: los bloqueos nerviosos periféricos. El desarrollo imparable de los bloqueos nerviosos y las diferentes vías de abordaje, así como los medicamentos e instrumentos para su realización, sufre una gran evolución a lo largo de todo el

---

169 SHOTT, H. y OTROS, *Crónica de la Medicina*, pág. 359.

170 TORRES, L.M., *Tratado de Anestesia y Reanimación*, pág. 17.

171 MORGAN JR, G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., *Anestesiología Clínica*, pág. 3.

172 TORRES, L.M., *Tratado de Anestesia y Reanimación*, pág. 20.

173 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, págs. 318-320.

siglo. El primer bloqueo percutáneo del plexo braquial fue realizado por G. Hirschel, en 1911, por vía axilar. Unos meses después, D. Kulenkampff describe el bloqueo braquial por abordaje supraclavicular. En 1917, Capelle describe la técnica perivascular axilar y, en 1925, July Etienne el primer abordaje interescalénico. Pero es, sin duda, la descripción del espacio neurovascular que hacen Burnham en 1958, De Jong en 1961 y Winnie en 1964, lo que ha contribuido al perfeccionamiento de las diferentes técnicas<sup>174</sup>. A partir de entonces son numerosos los autores que han descrito nuevos abordajes y realizado modificaciones de las técnicas conocidas. Ha contribuido a su desarrollo la aparición de nuevos anestésicos locales cada vez menos tóxicos<sup>175</sup>.

### 1.5.5. Anestesia Intradural

En 1899 surgen las primeras publicaciones sobre la anestesia raquídea de la mano de dos cirujanos: Théodore Tuffier (1857-1929) y August Bier (1861-1949). Ellos son el punto de partida de esta modalidad de anestesia que se extenderá por todo el mundo. La incorporación de nuevos anestésicos locales permitirá, además, aumentar su popularidad<sup>176</sup>.

Theodore Tuffier (1857-1929) realiza la primera inyección intratecal de cocaína y, en 1901, publica un artículo sobre la asepsia, la altura de la punción y las diferentes posiciones para colocar al paciente tras la punción. Thomas Jonnesco (1860-1926) define la “*anestesia raquídea general*” tras realizar 398 intervenciones, incluidas de cabeza y cuello, administrando una mezcla de novocaína y estroscina en columna torácica y lumbar y sin notificar un sólo efecto adverso. Sin embargo el principal fármaco usado en ese tiempo para la anestesia raquídea era la cocaína y fueron numerosos los autores que describieron efectos adversos relacionados con su uso<sup>177</sup>. De hecho, Rudolf Matas (1860-1957), que en 1899 había comenzado también con la anestesia intradural en EEUU, comprueba que la adición de morfina a la cocaína paliaba los síntomas producidos por la cocaína. La publicación de Matas de 1900 es, junto con la del japonés Otojiro Kitagawa (1864-1922) de ese mismo año, una de las primeras que ponen de manifiesto el uso de opioides por vía intratecal<sup>178</sup>.

Durante muchos años continua el interés científico por esta nueva anestesia. Mientras unos escribían artículos advirtiendo de sus peligros, otros hicieron nuevas aportaciones como Arthur E.

---

174 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 19.

175 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 23-24.

176 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 183-184.

177 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 26.

178 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 18.

Barker (1850-1916) que aconsejó el uso de una técnica más estéril y creó las soluciones hiperbáricas utilizando glucosa<sup>179</sup>. Continúan los estudios, aunque más orientados a la prevención de complicaciones y mejoras técnicas y farmacológicas: la incorporación de estovaína (Forneau, 1904) y novocaína (Einhorn, 1899. Braun, 1905), la propuesta de realizar “*anestesia raquídea total*” por parte de Chaput (1857-1904) en 1907, el empleo de soluciones hipobáricas de espinocaína o hiperbáricas de gravicaína por George Pitkin, de soluciones hipobáricas de nupercaína por Howard Jones o el descubrimiento de la efedrina, en 1927, por Ockerblad y Dillon para combatir la hipotensión, suponen un importantísimo apoyo para el uso de esta modalidad anestésica<sup>180,181</sup>.

En España se introduce con cautela esta técnica. El primero en publicar su experiencia es Francisco Rusca Domenech (1868-1909). Realiza 16 anestésias raquídeas, 13 satisfactorias, el 13 de mayo de 1900 y lo publica el 25 de Junio en la Revista de Ciencias Médicas<sup>182</sup>. Le siguen Miguel Horta y Enrique Ribas y Ribas el 30 de agosto de 1900, realizando una anestesia raquídea a una mujer para realizar un legrado uterino. Son muchos los cirujanos españoles que practican la anestesia raquídea como Luis Guedea Calvo (1860-1916) o Ricardo Lozano Monzón (1871-1935), catedrático de Zaragoza y uno de sus máximos defensores<sup>183,184</sup>.

En la segunda década del siglo XX, la cocaína para anestesia raquídea se ve sustituida por otros fármacos, como la novocaína y estovaína, que dan pie al desarrollo de esta técnica y a la creación de varias escuelas importantes en nuestro país. La primera es la del Dr. J. M. Bartrina en Barcelona, que en 1914 ya tenía recogidos 750 casos. Otra importante escuela es la de Valladolid, del Dr. Vicente Sagarra Lascurain (1848-1924), de la que saldrán importantes defensores de esta técnica anestésica, que realizan sus tesis doctorales en esta materia, como Mezquita Moreno en 1912, Gabilan y Bofill en 1914 y Macias de Torres en 1916. Otra gran escuela de la época es la del Dr. Mariano Gómez Ulla en el Hospital Militar Central de Carabanchel (Madrid), que logra perfeccionar esta técnica y, junto con el farmacéutico del hospital, crea unas ampollas estériles con mezcla de diversos fármacos entre ellos la estovaína, llamadas “*ampollas raquí*” que tuvieron muy buena acogida por los cirujanos de la época. Y, por último, aunque no creó una escuela, el

---

179 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 26.

180 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 183-184.

181 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 18.

182 HERVÁS C., CAHISA M. *Revista Española de Anestesia y Reanimación*. Vol. 47, págs. 216-221.

183 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 184-190.

184 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 18.

ginecólogo Sebastián Recasens Girol (1863-1933) fue el que inició la raquiestovainización en España. A lo largo de la primera mitad del siglo XX se publican numerosos trabajos en España en relación con la anestesia intradural<sup>185</sup>.

### **1.5.6. Anestesia Epidural**

Con el desarrollo de la anestesia intradural surgen numerosos estudios en torno a la anestesia regional. Se pueden diferenciar dos periodos en relación con la anestesia epidural durante este siglo. El primero de ellos comprende el desarrollo y expansión de la técnica referida al abordaje sacro del espacio epidural, llamada anestesia caudal, y, el segundo, que se inicia en 1921 con el descubrimiento, por el español Fidel Pagés Miravé, de una nueva vía de abordaje del espacio epidural que dará lugar al desarrollo de la llamada anestesia metamérica.

#### **1.5.6.1. Primer Periodo. (1901-1920)**

Esta técnica, desarrollada por Fernand Cathelin(1873-1945) y Jean Athanese Sicard (1872-1929) de manera independiente, consiste en el abordaje sacro del espacio epidural. Ambos introducen cocaína en el espacio sacro en 1901 con fines distintos, el primero para tratar la ciática y el segundo para realizar intervenciones quirúrgicas. En 1909, Walter Stoeckel (1871-1961) repite los experimentos de Sicard y Cathelin, pero inyectando cloruro sódico para tratar la enuresis nocturna, obteniendo buenos resultados. Después los repetirá inyectando anestésicos en pacientes obstétricas consiguiendo unos resultados erráticos. Continúan las investigaciones<sup>186</sup>. Arthur Lâwen (1876-1958) consigue realizar en 1910 cirugía pélvica con anestesia caudal inyectando volúmenes elevados de procaína, pero queda claro que era insuficiente para cirugías abdominales o torácicas<sup>187</sup>. Es Gastón Labat quien hace más popular esta técnica con su obra "*Regional Anesthesia*" (Philadelphia, 1923). Campbell desarrolla su uso en niños y, en 1943, Hingson describe la analgesia caudal continua<sup>188</sup>.

En España, es relevante la modificación de la técnica que hace Gil Vernet (1892-1987), en 1917, en base a sus estudios anatómicos. Expone una modificación de la técnica caudal que permite conseguir un nivel adecuado de anestesia para realizar cirugía de próstata. En los años veinte y

---

185 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 184-190.

186 Opus cit., págs. 193-196.

187 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 27.

188 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 18.

treinta, la anestesia epidural sacra dejará de utilizarse y sólo en algunos hospitales se empleará como analgesia obstétrica y para cirugía de pelvis<sup>189</sup>.

### 1.5.6.2. Segundo Periodo. (A partir de 1921)

En 1921, el célebre cirujano militar español Fidel Pagés Miravé (1886-1923) describe un nuevo abordaje del espacio epidural a través de la región lumbar o torácica. Es la primera vez en la historia que se realiza un abordaje intervertebral lumbar del espacio epidural logrando una anestesia eficaz<sup>190</sup>. Publica su experiencia en 43 casos con esta nueva técnica a la que llama “*anestesia metamérica*”. Pero su aporte a la anestesia cae en el olvido tras su prematura muerte, en 1923, por un accidente automovilístico<sup>191</sup>. Diez años más tarde, en 1931, desconociendo el trabajo de Pagés, Achille Mario Dogliotti (1897-1966) publica su técnica de “*anestesia peridural segmentaria*” con gran aceptación mundial. Pero el cirujano argentino Alberto Gutiérrez redescubre el trabajo del aragonés en 1932 y, junto con la comunicación que presenta Jaime Pi-Figueras en la Reunión de la Sociedad Italiana de Anestesia, consiguen reivindicar a Pagés Miravé como autor de la técnica, siendo reconocido por el mismo Dogliotti y convirtiendo el trabajo del aragonés en todo un clásico de la Anestesiología<sup>192</sup>.

Inicialmente la técnica descrita por Pagés consistía en utilizar una aguja roma y oír como atravesaba el ligamento amarillo. Pero se modifica posteriormente por diversos autores como Dogliotti y Gutiérrez que, sin duda, son de los que más contribuyen a la difusión y perfeccionamiento de la técnica. Dogliotti describe la técnica de “*pérdida de resistencia*”. Según explica en su libro, publicado en 1939, consistía en realizar presión continua con una jeringa llena de suero salino a la vez que iba atravesando las diferentes estructuras ligamentosas. Gutiérrez define otra nueva técnica de realización: “*la gota pendiente*”<sup>193</sup>.

Continúan las investigaciones y se realizan nuevas mejoras, como la de Charles B. Odom, de Nueva Orleans, que introdujo en 1936 la dosis test para comprobar si se había realizado inyección intradural. Otro de los grandes avances fue lograr la analgesia epidural continua, que habían buscado de diversas formas Bier, William Lemmon y Edward Tuhoy. Pero, quien lo logra es Martínez Curbelo, en 1947, en La Habana, describiendo 59 casos exitosos, alguno de ellos con

---

189 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 193-196.

190 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 19.

191 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 193-196.

192 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 19.

193 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 27.

catéter colocado hasta 4 días<sup>194</sup>. Previamente otros casi lo consiguen: en 1942 el obstetra Manalan introduce un catéter urológico a través de una aguja insertada en el canal sacro e inyecta 30 ml de procaina al 1% y retira el catéter, logrando una analgesia eficaz de una hora de duración. Al mismo tiempo, en Nueva York, en el Hospital Naval, Waldo Berry, Edwards, Robert Andrew Hingson y Southwort publican su técnica obstétrica de “*anestesia caudal continua*” que consistía en fijar in situ la aguja en el canal sacro, conectada a un depósito de solución anestésica. Un año más tarde, Adams, Lundy y Seldon, de la clínica Mayo, modifican esta técnica introduciendo en espacio sacro un catéter uretral a través de una aguja e inyectando dosis adicionales según las necesidades.

En España, comenzaron a utilizar esta técnica los doctores Bedoya y Pardo Ouro después de 1944<sup>195</sup>. Años más tarde, en 1988, Torrieri y Aldrete definen una nueva técnica de anestesia combinada raqui-epidural con una sola aguja<sup>196</sup>.

---

194 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 27.

195 FRANCO GRANDE, A., ÁLVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAÍÑO, J., Historia de la Anestesia en España 1847-1940, págs. 193-196.

196 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, pág. 19.

## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### 2.1. Introducción

El consentimiento libre e informado, consecuencia del respeto al principio de autonomía, es el final de un proceso de información y comunicación entre el médico y el paciente. Es bueno por sus valores intrínsecos, pero también por los extrínsecos en cuanto de entendimiento tiene entre individuos dado que no existe, en esta forma de relación, una visión autoritaria de la vida buena ni de las metas y resultados finales concretos de la medicina. En el estado actual de ésta, en la que el médico y el paciente son cada vez más extraños el uno al otro, cobra especial importancia el desarrollo de normas que rijan el consentimiento y que este abarque lo más específicamente posible todos los aspectos de la exploración o el tratamiento<sup>197</sup>.

Al tratar de hacer una breve referencia histórica nos encontramos con que es a principios del siglo XX cuando comienza a desarrollarse la teoría del Consentimiento Informado (en adelante C.I.) en los EE.UU., alcanzando su verdadera forma en los años 60 y 70. No es casual que ocurra aquí. Se trata de la democracia republicana más antigua del planeta y la primera nación en la que los movimientos civiles llegan a cuajar, calan en la sociedad y comienzan a desarrollarse las nociones de la autonomía individual en la que caben conceptos como la igualdad de derechos de la mujer, los derechos de las gentes de color, del consumidor, revolución sexual, movimientos pacifistas, estudiantiles, etc. En este tiempo, cuando los americanos comenzaron a reclamar a sus médicos que los tuvieran en cuenta como seres autónomos y estos hicieron caso omiso de esas peticiones, aquellos recurrieron a los instrumentos que las sociedades democráticas ponen a disposición de sus ciudadanos para la defensa de sus derechos: los tribunales de justicia. Por esa razón veremos que la historia del C.I. tiene un desarrollo fundamentalmente judicial, de donde se deriva la tardanza de los médicos en incorporarle a su comportamiento ético<sup>198</sup>.

El término aparece por primera vez, como consecuencia de la relación clínica, en una sentencia judicial en California, en 1957, en el caso Salgo contra Leland Stanford Jr. University Board Trustees en el que, al practicarle una aortografía traslumbar a un paciente con arteriosclerosis sin su consentimiento, éste se quedó con una parálisis permanente. En la sentencia se lee:

---

197 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los Fundamentos de la Bioética, pág. 310.

198 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 43.

*“...un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable, si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone”*

Otras sentencias posteriores ratifican el uso, que se convertirá, en el apelativo habitual de este término de C.I.<sup>199</sup>.

Realmente lo que había ocurrido es que se había cambiado el concepto de “*aprobación*” por el nuevo de “*consentimiento informado*” que se basa en el derecho a la autodeterminación que tienen los pacientes, conforme a lo que preconiza el principio de autonomía. De lo que se trata es de que el paciente sea capaz de tomar una decisión, considerada autónoma, después de haber recibido una información adecuada<sup>200</sup>.

Pero, ¿por qué había ocurrido esto? ¿qué camino se había seguido para llegar hasta aquí?. Es lo que trataremos de referir, lo más resumidamente que seamos capaces, en la próximas páginas hasta conseguir demostrar que las cosas, y menos en medicina, no ocurren porque sí y que el actual consentimiento informado es el fruto de un largo proceso en el que la tradicional relación médico enfermo de carácter paternalista, vertical, va dando paso a una situación de decisiones y responsabilidades compartidas, una relación de horizontalidad en un plano de igualdad en la que el paciente deja de ser tratado por el médico como un menor de edad y pasa a serlo como un igual.

Las ideas liberales de los pueblos democráticos fueron las responsables de comenzar a desprenderse de la relación médico paciente basada en la ética médica clásica del paternalismo hipocrático. La sociedad americana, que fue la primera, recurrió a los instrumentos que tenía en su mano: la defensa de los derechos individuales ante la justicia. Así, la sentencia del Juez Cardozo, en 1914, en el caso Schloendorff marca un hito como primero y principal argumento ético-jurídico de lo que luego, con el paso de los años, vendrá a ser el C.I.<sup>201</sup>.

Además de esta evolución en la mentalidad de los pueblos libres, habrá otro suceso que influirá decisivamente en la gestación y desarrollo de lo que hoy tenemos. Nos referimos al conocimiento, del mundo y de la ciencia, de las atrocidades ocurridas en los campos de concentración nazis puestas de manifiesto en el Proceso de Nuremberg. Este conocimiento dará a luz lo que conocemos como Código de Nuremberg. Por primera vez, como consecuencia de la

---

199 GONZÁLEZ MORO PRATS, L., <http://www.murciapediátrica.com>.

200 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 3175-76.

201 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, pág. 38.

relación sujeto-investigador, se establece la necesidad del consentimiento libre e informado por parte de los que voluntariamente van a someterse a una investigación médico-científica.

A partir de aquí, con los grandes avances tecnológicos y científicos que se producen, por un lado, y los movimientos reivindicativos de los derechos civiles de los ciudadanos, por otro, los médicos y la ciencia, en general, comienzan a darse cuenta de que las cosas han entrado en una dinámica en la que no se puede seguir manteniendo una actitud paternalista frente al enfermo<sup>202</sup>.

Luego podríamos establecer que, para la investigación, el principio terminológico comienza a ser utilizado a partir del Código de Nuremberg de 1949 y, para la clínica, a raíz de la sentencia californiana citada de 1957. Sin embargo esto no sería exacto pues, en 1931, se había publicado en Alemania uno de los primeros textos que impone la necesidad del consentimiento en la investigación científica. Con el título de “*Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre*”, en su artículo doce, prohibía taxativamente la experimentación de nuevas terapias sin haber obtenido, previamente, el consentimiento del paciente. También prohibía ésta en menores de dieciocho años y moribundos, dado que ni unos ni otros estaban en condiciones de consentir<sup>203</sup>. Estas directivas no fueron seguidas después por los responsables de la política nazi.

Sin embargo, y a pesar de lo dicho, no será hasta muchos años después cuando se estudie y desarrolle con detalle. Hoy día, casi todos los Códigos Éticos de medicina e investigación y las leyes de las naciones desarrolladas, establecen la obligatoriedad de la obtención del consentimiento antes de actuar sobre un paciente y existen una serie de protocolos al respecto en todas las instituciones sanitarias y de investigación.

Pero no siempre ha sido de este modo. La teoría del consentimiento informado toma cuerpo y se hace presente en la práctica clínica y en la investigación tras una serie de etapas que veremos más adelante. En el último cuarto del siglo XX ha sufrido una evolución importante, pues si al principio la preocupación era exponer, al sujeto objeto del tratamiento o de la investigación, la información del proceso al que iba a ser sometido, ahora lo será la calidad de la comprensión y el alcance del consentimiento. Así mismo evolucionan las posturas sobre la función y la justificación de la necesidad de obtenerlo. De considerarlo un método para disminuir el perjuicio potencial a los

---

202 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, pág. 38.

203 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERNA, J., y OTROS, El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, pág. 13.

sujetos, se ha pasado a un concepto menos definido que es la protección de la elección autónoma y libre del paciente<sup>204</sup>.

La sentencia del juez Cardozo, a la que hacíamos referencia, en el caso Schloendorff contra la Sociedad del Hospital de Nueva York, en la que, dicho sea de paso, esta sociedad fue absuelta por razones procesales o formales, pues se planteó contra ella por los daños causados por los cirujanos en sus instalaciones, sienta, sin embargo, las bases del C.I. pues influirá decisivamente sobre la jurisprudencia y la doctrina posterior. El abundante cuerpo jurisprudencial que se formará, a raíz de esta resolución, marcará la teoría del C.I. en cuya evolución podemos distinguir, siguiendo a Palomares Bayo<sup>205</sup> cuatro grandes etapas:

Hay una primera etapa a la que podemos llamar del “consentimiento voluntario” (1947) que viene determinada por la influencia del conocimiento de los crímenes cometidos por el llamado “*Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial*” y los de los campos de concentración nazis, a raíz de cuyo conocimiento surge el Código de Nuremberg.

La segunda etapa la marca el caso Salgo, ya referido, a finales de los años cincuenta y la denominamos propiamente del “consentimiento informado”, pues se entiende que no basta la voluntad del sujeto si este no ha sido previamente informado de forma adecuada.

La tercera etapa, o del “consentimiento válido”, se basa en el caso Culver (1982) en cuya sentencia dice que...

... *“la obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieren en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa”*.

La cuarta y última, conocida como del “consentimiento auténtico” se caracteriza porque la decisión se encuentra de acuerdo con el sistema de valores del individuo.

Todo esto nos hace ver que la teoría del C.I. se desarrolla, pues, desde la óptica de los jueces siendo, posteriormente, asentada y refrendada por el cuerpo legislativo. Por ello hemos de tener en cuenta dos fases fundamentales: Una primera referida a las decisiones judiciales (common law) y la segunda al desarrollo de la doctrina constitucional y estatal (statute law).

Para entender esto hemos de aclarar que el sistema legal de “*common law*” de los países anglosajones, en contraposición al “*civil law*” de la Europa continental, heredero del derecho

---

204 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 134.

205 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERNA, J., y OTROS, El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, págs. 15 y 16.

romano-germánico, se basa en un sistema jurídico inductivo cuya autoridad no deriva de una declaración de mandato singular y positivo, proveniente de una fuente de origen legislativo, sino que es un derecho formado por los jueces, y cuyos principios provienen de la costumbre y sólo pueden ser aplicados en el contexto de los procedimientos judiciales. Son reglas no codificadas y tratan de dar soluciones a casos concretos, es decir, es eminentemente práctico.

Pero los sistemas puros no existen en ningún sitio y en los EE. UU., tampoco. De ahí que el “*common law*” se entremezcle con el “*civil law*” dando lugar a la Constitución y las leyes procedentes de los cuerpos legislativos. O sea, al “*statute law*”<sup>206</sup>.

Podemos, en un afán simplificador, decir que en los EE. UU., conviven dos formas de derecho: el derecho escrito y el derecho consuetudinario. El primero estaría compuesto por las normas legales y regulaciones creadas por los órganos legislativos y el segundo lo estaría por todos los casos que componen la jurisprudencia y que los tribunales pueden utilizar como base para tomar decisiones y dictar sentencias<sup>207</sup>.

El primer caso de decisión judicial sobre lo que, casi tres centurias después, se llamaría C.I. no lo encontramos en América, pero sí en un país anglosajón. Ocurrió en Inglaterra y es el caso de Slater contra Baker y Stapleton (1767), en el que el primero demandó a los dos médicos porque al retirar un vendaje de una fractura de una pierna estos consideraron que había consolidado mal, le rompieron el callo de fractura y le colocaron un aparato ortopédico que habían inventado. Los jueces condenaron a los médicos por lo que más tarde se conocería como “malpraxis”. Sin embargo este caso no tuvo mucha influencia en la teoría judicial norteamericana, según Faden y Beauchamp. De hecho, el conjunto de sentencias que se producen a lo largo del siglo XIX, y que llevarán al C. I. en la siguiente centuria, son muy pocas, siendo casi todas ellas quirúrgicas y con condenas por negligencia o, en algún caso, por mala praxis. En los albores del siglo XX se producirán fallos judiciales que sentarán las bases para que, el derecho a la decisión sobre lo que la persona, como individuo independiente y libre, quiere que se haga con su cuerpo, penetre en la concepción judicial de las responsabilidades profesionales de los médicos. Son acusaciones de “battery”, entendido este término como agresión con contacto físico a otra persona sin su consentimiento, sin necesidad de que sea violento o de que resulte daño de él. En definitiva se trata de una violación a la integridad física o, más exactamente, a la privacidad o intimidad. Estas sentencias son las que se producen en

---

206 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 43 y 44.

207 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 3175.

el caso Mohr contra Williams (1905) en el que se había obtenido consentimiento para operar el oído derecho pero que, en el transcurso de la intervención, el Dr. Williams se dio cuenta de que el que necesitaba cirugía era el izquierdo y le operó. El resultado no fue bueno y Ana Mohr perdió la audición de ese oído.

Otra de ellas es la del caso Pratt contra Davis (1906) en la que el Dr. Davis histerectomizó a la Sra. Pratt sin haber obtenido previamente su consentimiento. El tribunal no sólo condena al Dr. Davis, sino que explicita la ausencia de consentimiento previo a los casos de urgencia, incapacidad y a aquellos en los que el paciente, con conocimiento de causa, consciente y libremente, deje en manos del médico las decisiones.

También se produce, en estos inicios del s. XX, la del caso Rolater contra Strain (1913). La Sra. Rolater demanda al Dr. Strain porque en el consentimiento que ella firmó dejó clara la petición de que al operarla el pié, para curar una infección que tenía, no la quitaran ningún trozo de hueso, cosa que no fue respetada. El defensor del Dr. Strain arguyó que debía diferenciarse este caso de los dos anteriores porque el consentimiento otorgado era para el pié operado y con la técnica que se había utilizado; sin embargo el juez entendió que el médico no se había atendido a las limitaciones establecidas por la Sra. Rolater y condenó al médico en cuanto entendió que, en el fondo, no había habido diferencia con los casos anteriores.

Por último, al referir lo acontecido al comenzar este siglo, volvemos a la sentencia del eminente juez del Tribunal de Apelación de Nueva York, Benjamín Cardozo, el día 14 de abril de 1914, que es considerada la piedra angular del principio de autonomía y de la teoría del C.I., sobre la demanda planteada por una paciente que había otorgado su consentimiento para una laparotomía exploratoria y a la que se la extirpa, en el curso de ésta, un fibroma abdominal, cuando en el consentimiento había hecho constar, expresamente, que no quería ser operada. En el postoperatorio sufrió una complicación gangrenosa en el brazo izquierdo que obligó a que se la amputaran varios dedos de la mano. Este caso presenta unas connotaciones especiales: En primer lugar, no se condena al cirujano por violar el C.I. sino que lo que plantea es la culpa de la institución en la que éste desarrolla su labor y, en segundo lugar, la sentencia no juzga, de forma directa, una falta de consentimiento cometida por el cirujano ni alude al tipo de información necesaria para que un paciente pueda ejercer su derecho a tomar decisiones. Pero la sentencia incluye un párrafo que la hará famosa:

*“Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que pueden reclamar legalmente daños”*

Las sentencias que se citan, basadas, directa o indirectamente, en acusaciones por “battery”, y que iniciarán la conformación de la filosofía del C.I. van más allá de su propio valor intrínseco, pues suponen *“un intento decidido por equilibrar la creciente capacidad de intervención en la vida privada de los ciudadanos que, desde finales del siglo anterior, habían ido adquiriendo los sanitarios gracias a los descubrimientos científicos”*<sup>208</sup>.

En los cuarenta años siguientes a estas sentencias no va a haber ninguna novedad destacable en los procesos judiciales que atañen a la materia que tratamos. Pero sí que, del conjunto de todos ellos, se desprende la convicción de que no tiene mucho sentido el derecho al consentimiento si este no se acompaña del derecho a la información. En esta línea se producen las sentencias de Hunter contra Burroughs (1918), Kenny contra Lockwood (1932), Paulsen contra Gundersen (1935), Wall contra Brim (1943), Waynick contra Reardon (1952) y Hunt contra Bradshaw (1955). Los fallos judiciales se preocuparán de la obligación del médico de proporcionar una información veraz, no fraudulenta y de una extensión adecuada ya que, si no, el derecho a decidir nace viciado, no es válido y, por tanto, el médico puede ser encausado por intervenir sin el consentimiento del paciente<sup>209</sup>.

La obligación ineludible del médico a proporcionar una información suficiente y veraz al paciente, para que este pueda tomar una decisión libre e informada, y ejercer, en definitiva, el derecho a la autodeterminación dará lugar al término jurídico “Consentimiento Informado”. Ocurre, como ya hemos descrito anteriormente, en la sentencia del juez Bray del Tribunal de Apelación de California en el caso de Salgo contra Leland Stanford Board of Trustees (1957). Martin Salgo sufrió una parálisis irreversible al practicársele una aortografía traslumbar para estudiar la arteriosclerosis generalizada severa que padecía y demandó al Dr. Gerbode (Cirujano), que la indicó, y al Dr. Ellis (Radiólogo), que la realizó, por negligencia profesional y por no haberle informado de que este riesgo existía. La sentencia hace mención expresa a la información que debe proporcionarse al paciente y a los límites de esta debiendo...

---

208 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 50-53.

209 Opus cit. pág. 53.

...“tenerse en cuenta un cierto grado de discreción que sea congruente con la revelación total de los hechos necesarios para dar un consentimiento informado”<sup>210</sup>.

Sin embargo, la sentencia del caso Salgo, introduce una variable tan inespecífica a la hora de establecer la cantidad, calidad y límite de la información que debe proporcionarse al paciente, que las que se produzcan en los años siguientes, la década de los sesenta, se dedicarán a desentrañar y fijar esos criterios. Será el juez Schroeder del Tribunal de Apelación de Kansas, en el caso Natanson contra Kline, el primero que fije el “estándar de información del médico razonable” o “estándar de la práctica de la profesión”, considerando este estándar como lo que habitualmente hacen los compañeros del médico encausado y lo que hubieran hecho de estar en su lugar. Hace referencia a la cantidad de información, a la calidad de esta y a la forma de exponerla, considerando que esto para el médico no puede suponer “*un obstáculo insuperable*”<sup>211</sup>.

En la siguiente década se da un paso más en la evolución y asentamiento definitivo del C.I. al surgir un nuevo estándar de información, el de “persona razonable”. Las sentencias que se producen en estos años (fundamentalmente la referida al caso de Berkey contra Anderson, en 1969 y la del de Canterbury contra Spence y otros, en 1972) introducirán el nuevo concepto de la persona razonable en el que no es el médico el que debe decidir cuanta información hay que proporcionar, sino que es el paciente el que establece la medida. Lo que viene a decir este nuevo estándar es que no vale lo anterior, el del médico razonable, en cuanto que los contenidos de la información que se proporciona son fijados por la práctica profesional de los médicos. Este nuevo orden de la información es fundamental ya que, de lo que tiene el médico el deber de informar, es de aquello que una persona razonable desearía conocer para poder tomar una decisión informada y que consiste, fundamentalmente, en los riesgos materiales que corre al practicársele una intervención exploratoria o terapéutica<sup>212</sup>.

En principio podría parecer que en EE.UU., todo se había resuelto al evolucionar del estándar de médico razonable al de persona razonable. Pero no es así. De hecho en algunos estados se usa una cosa y en otros otra. En los años ochenta, muchos Estados (30 en 1982) legislan sobre el C.I. acogiendo la mayoría al estándar del médico razonable, en cuanto a la práctica clínica se

---

210 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 54 y 55.

211 Opus cit. págs. 55-57.

212 Opus cit. págs. 57-60.

refiere, pues en la investigación las cosas están más claras y la legislación es más uniforme<sup>213</sup>. Contribuirá a esta situación la designación, en 1980, por el Congreso de los EE. UU., de una Comisión Presidencial para que continuara los trabajos que dos años antes había adelantado la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica. Es lo que conocemos como Informe Belmont, del que hablaremos más extensamente, que deja establecido que la autodeterminación (principio de autonomía) y el bienestar (principio de beneficencia) de la persona son los principios éticos que deben presidir la actuación del médico y de todos aquellos que se dediquen a la atención y la investigación en sujetos humanos<sup>214</sup>.

En Europa las cosas fueron desarrollándose más tardíamente. Independientemente del caso citado en la Inglaterra de 1767, que parece que no tuvo ninguna repercusión posterior, y de las “*Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre*” de la Alemania de 1931, ya comentado, no va a ser hasta después de la Segunda Guerra Mundial y, sobre todo, después del Proceso de Nuremberg y el Código posterior, cuando los países europeos tomen conciencia de que las cosas no pueden seguir igual y comiencen a modificar sus hábitos profesionales y sus leyes encaminándose hacia el respeto al derecho de autodeterminación del paciente. Citamos como ejemplo, a fuerza de no ser prolijos, el de la Constitución italiana de 1947 que dice que “*Nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario si no es por disposición de la ley. La ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana*”<sup>215</sup>.

Unas antes y otras después, las naciones europeas, comenzarán a transitar un camino que culminará en la norma supranacional que obliga a todas las que componen la Unión Europea y que conocemos como Convenio de Oviedo al que dedicaremos atención más adelante.

## **2.2. El C.I. en la Investigación**

Los elementos y requisitos fundamentales del C.I. han sido gestados en la investigación y luego trasladados, no sin cierta dificultad, a la práctica clínica. Viene esto dado porque la investigación ha estado sometida, a raíz de lo conocido en el Juicio de Nuremberg, a controles más estrictos y previos a su puesta en marcha por parte de los órganos tutelares de los estados, mientras que la clínica ha ido a remolque de los acontecimientos, estableciéndose esos controles “a

---

213 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 62-68.

214 SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, pág. 14.

215 GONZÁLEZ MORO PRATS, L., <http://www.murciapediatrica.com>.

posteriori” y, normalmente, por la autoridad judicial. Por ello hemos de tener en cuenta dos estadios diferentes en cuanto al C.I. en la investigación: antes y después de Nuremberg<sup>216</sup>.

Los experimentos con seres humanos vienen de antiguo. Algunos soberanos hacían probar venenos y antídotos en presos para probar sus efectos. Será en el siglo XVIII cuando se lleven a cabo los primeros experimentos médicos controlados encaminados a obtener información de la que se pueda derivar un uso terapéutico aplicado. Así en 1747, el médico de la Marina Inglesa, el escocés James Lind, lleva a cabo el primer ensayo de terapia controlada para averiguar la forma de luchar contra el escorbuto<sup>217</sup>.

La investigación en medicina, pues, es tan antigua como la misma medicina. Pero, realmente, la aplicación de las herramientas tecnológicas y una metodología sistemática es propia del siglo pasado, aunque en el siglo XIX sienta las bases Claude Bernard con su manual *“Introducción al estudio de la medicina experimental”* publicado en París en 1865 en el que se plantea el problema de la investigación con seres humanos y al que da respuesta desde una ética paternalista ajena, por supuesto, a cualquier atisbo de respeto a la autonomía del paciente.

En 1900, el ministerio prusiano encargado de los temas de salud, ordena colocar en lugar bien visible, en todos los centros sanitarios, la prohibición de experimentar con niños e incapaces. La que se hiciera con adultos habría de ser con el conocimiento y consentimiento de estos. En 1931, como ya ha quedado dicho, se publica por parte del Ministerio del Interior de Alemania el que puede ser considerado el primer código ético de investigación del mundo. No tendría mucha fortuna pues ya se estaba gestando la barbarie nazi del genocidio y el holocausto de los campos de concentración<sup>218</sup>. A pesar de las estrictas normas contenidas en sus catorce artículos, de los cuales cuatro se refieren al C.I., no se aplicó en los campos de concentración, no respetando a los presos con los que se experimentó impunemente, cosa que se conoció en 1946 en el Juicio de Nuremberg. Del horror conocido salieron los diez principios que constituyen el código del mismo nombre. El primero de ellos hace referencia a lo imprescindible del consentimiento voluntario e informado del sujeto antes de cualquier ensayo clínico<sup>219</sup>.

El mismo año en que se hace público el Código de Nuremberg se publica en el *British Medical Journal* el que puede considerarse el primer ensayo clínico aleatorizado, con grupo control,

---

216 SIMON, P., *El Consentimiento Informado*, pág. 73.

217 SHOTT, H. y OTROS, *Crónica de la Medicina*, pág. 219 y 431.

218 SIMON, P., *El Consentimiento Informado*, págs. 73 y 74.

219 GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*, págs. 165 y 166.

de la historia moderna en la investigación farmacológica clínica, paradigma de la investigación en medicina. Este estudio venia a demostrar la efectividad del uso de la estreptomina en la enfermedad tuberculosa<sup>220</sup>.

Desde su primer artículo, el Código de Nuremberg, afirma la autonomía del sujeto, su libertad y dignidad y, por tanto, será requisito indispensable contar con su consentimiento para poder iniciar cualquier investigación. Pero, ya desde ese primer artículo, va más allá cuando establece que la información y la capacidad de decisión son fundamentales para que ese consentimiento sea válido. Estos elementos serán la columna vertebral sobre la que se desarrolle toda la teoría del C.I. Este código será la única regulación ética en la investigación durante muchos años. Sin embargo, y a pesar de la aceptación mundial que tuvo, hemos de significar que, en general, se le vio como una necesaria respuesta a lo ocurrido en la Alemania nazi y, por ende, un tanto exagerado en la imprescindible exigencia del consentimiento. No les parecía a los investigadores que en los países democráticos esas cosas pudieran ocurrir. El tiempo demostraría lo equivocados que estaban.

A finales de 1961 la crisis de la talidomida disparó todas las alarmas y sirvió para poner en marcha todo el proceso de la actual ética de la investigación. Estaba claro que el Código de Nuremberg, a pesar de sus exigencias, no era suficiente. Había que desmarcarse de la filosofía que le alimentaba como principio de reacción frente a lo ocurrido en la investigación con sujetos humanos en los campos de concentración. Será la Asociación Médica Mundial (W.M.A.) la encargada de redactar un Código internacional alejado de esa filosofía y situado en el centro de la investigación médica contemporánea<sup>221</sup>.

Así, en 1964, la XVIIIª Asamblea de la W. M. A., aprobó lo que conocemos como Declaración de Helsinki que constituye el punto de partida para la renovación de la reflexión ética de los profesionales y la legislación de los países en materia de investigación. Este nuevo Código se estructura en tres bloques: el primero dedicado a los principios generales, el segundo a la “*experimentación en beneficio del paciente*” y el tercero a la “*experimentación realizada exclusivamente para la adquisición de conocimientos*”. Los tres vienen a hacer una cerrada defensa del consentimiento libre e informado. Esta Declaración ha sido sucesivamente revisada y mejorada en sucesivas asambleas (Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica).

---

220 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 75.

221 Opus cit., pág. 75.

En 1966 se aprobaría en la Asamblea General de la ONU el “*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*” que entraría en vigor diez años más tarde y que, en su artículo 7, dice:

“*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*”<sup>222</sup>.

El enorme desarrollo de la investigación, que se produce en los años setenta, la creciente complejidad de esta, y el que las grandes compañías farmacéuticas occidentales comenzaran a llevarla a cabo en los países del tercer mundo, puso de manifiesto que la Declaración de Helsinki era insuficiente para los nuevos retos éticos que se planteaban. La OMS y el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) toman el relevo a la WMA, en 1979, en la tarea de desarrollar nuevas orientaciones éticas en materia de investigación. Así surge la llamada Declaración de Manila (1981) que, basándose explícitamente en la de la WMA de Tokio de 1975 (también llamada Helsinki II), viene a responder a muchas de las cuestiones no comprendidas en ésta.

Los nuevos desafíos científicos y éticos de los años ochenta tendrán respuesta por parte del CIOMS en las conocidas como las “*Guidelines*” en donde el tema del C. I. está presente de forma exhaustiva. Vendrá a culminar este trabajo la publicación, en 1993, de las “*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*”<sup>223</sup>.

### **2.2.1. El C.I. en la Investigación en los EE.UU.**

Las naciones responderán cada una a su manera, pero es EE.UU. quien primero se da cuenta de la necesidad de corregir los fundamentos científico-técnicos y éticos de la investigación y, obrando en consecuencia, desarrolla procedimientos adecuados de control de esta, incluso, acometiendo la elaboración de leyes federales en este sentido. Así en 1962, sacudido por el impacto de la Talidomida, el Congreso aprueba una Ley de Enmiendas sobre Fármacos. La FDA, como consecuencia de esta ley, inicia un proceso de adecuación de su normativa que será aprobada el año siguiente. Un anestesista, el Profesor Henry K. Beecher de la Facultad de Medicina de Harvard, alzaría su voz contra la estrechez moral de esta normativa. En 1966 publica un demoledor artículo en *New England Journal of Medicine* en el que comunica que, de las 50 investigaciones en marcha en EE.UU. en ese momento, sólo dos cumplían las exigencias del C.I. y a 22 de ellas las tachaba de escandalosas por no cumplir los mínimos estándares éticos. Ese mismo año la FDA promulga una

---

<sup>222</sup> SIMON, P., *El Consentimiento Informado*, pág. 76.

<sup>223</sup> *Opus cit.*, págs. 76 y 77.

nueva revisión de la normativa de investigación, aunque no parece que sea como respuesta directa al trabajo de Beecher<sup>224</sup>.

A pesar de los esfuerzos de la FDA y de la otra agencia gubernamental implicada en el control de la práctica de la investigación en los centros sanitarios (el National Institute of Health), por adaptar su normativa investigadora a los postulados de Helsinki, los escándalos, como el de Beecher, siguen destapándose. M. H. Papsworth publica "*Human Guinea Pigs*" en el que relata los experimentos norteamericanos e ingleses éticamente inaceptables. En la misma línea, Jay Katz, publica "*Experimentation with Human Beings*". Los periódicos y las revistas científicas también se hacen eco de los escándalos. Hay tres que causan especial impacto: El caso de los ancianos a los que se inyectan células tumorales para estudiar su reacción inmunológica, el caso de los niños deficientes mentales a los que se les infectaba artificialmente de hepatitis para estudiar la epidemiología y etiología de la enfermedad y el caso de los 400 negros de Alabama, enfermos de sífilis, que desde 1932 a 1970 fueron sometidos a control, sin tratamiento medicamentoso, para observar la evolución natural de la enfermedad a pesar de que, desde 1948, la penicilina era de uso común.

Desde 1966 se van sucediendo iniciativas encaminadas a la fundamentación de unas líneas maestras sobre las que discurra la ética de la investigación y, sobre esas líneas, legislar en la materia.

No será hasta 1974 cuando el Congreso cree la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* con tres objetivos fundamentales: identificar los principios éticos básicos que deben subyacer en la investigación científica, emitir directrices éticas sobre la investigación en sujetos especialmente vulnerables (niños, deficientes mentales, prisioneros, etc.) y el examen de la normativa federal al respecto y propuestas de modificación. A esta comisión fueron adscritos bioeticistas, juristas y filósofos de reconocido prestigio. En 1978 la National Commission publicará el conocido como Informe Belmont, el más relevante de los 19 que realizaron en esos 4 años de trabajo, dedicado a reflexionar sobre los principios éticos fundamentales y que puede ser considerado como el acta fundacional de la ética principialista. Asienta sus postulados sobre el respeto a tres principios éticos fundamentales: el respeto a las personas, sustanciado en el consentimiento informado; el principio de beneficencia que sustentará el análisis del riesgo y beneficio y el principio de justicia que lo hará con la selección de

---

224 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 78.

los sujetos. Así mismo analiza los tres elementos básicos del C.I.: información, comprensión y voluntariedad. Por último significar que los informes de la National Commission propiciaron la reforma de la normativa federal de manera y forma que el respeto máximo al C.I. quedó definitivamente consagrado<sup>225</sup>.

### **2.3. El C.I. en la Clínica**

Conforme avanza el siglo XX, la medicina, y la ética sobre la que se sustenta su ejercicio, evoluciona tan de prisa que se pasa del paternalismo médico a una nueva situación en la que es el paciente el que elige la opción que considera más oportuna, una vez ha sido informado de su situación médica y las diferentes opciones terapéuticas, riesgos y complicaciones posibles. Hoy día el C.I. es una obligación legal y, además, forma parte de la “lex artis”, convirtiéndose en un acto clínico más. No obstante han surgido muchas controversias a su alrededor sobre la calidad y cantidad de información que se proporciona al paciente, la elaboración de consentimientos personalizados, si la información se proporciona sólo al paciente o también a la familia, la necesidad de informar de forma comprensible y las dificultades en el caso de menores de edad y la figura legal del menor maduro. También es un tema complejo la información proporcionada de forma verbal, puesto que existe obligación de demostrar la existencia del C.I. y eso sólo es posible si éste se hace por escrito<sup>226</sup>.

El análisis del desarrollo en el tiempo de la aplicación de la teoría del C.I. en la clínica se hará en dos apartados. El primero, en los EE.UU. de América en cuanto cuna de éste y donde va a evolucionar desde los primeros balbuceos a la mayoría de edad y, en un segundo apartado, nos ocuparemos de lo ocurrido en España, que al igual que el resto de los países europeos, irá a remolque de los norteamericanos y se aprovechará del recorrido de éstos.

#### **2.3.1 El C.I. en la Clínica en los EE.UU.**

El primer Código Deontológico de los médicos americanos (el de la AMA) bebe en la ética de Percival adoptando, por tanto, esa forma de paternalismo que denominamos “*paternalismo juvenil*”. Tendrá su repercusión en el consentimiento aplicado a la actuación clínica. Así vemos que éste se solicita sólo en los actos quirúrgicos con la intención de asegurarse la cooperación del paciente en su curación y evitar las demandas por negligencia. Pero se entendía el C.I. como parte

---

225 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 79 y 80.

226 TORRES, L.M., Tratado de Anestesia y Reanimación, págs. 74 y 75.

de los deberes de cuidado del médico para con el paciente y no como un derecho autónomo de este. En la reforma realizada en 1957 se intenta redefinir el papel del médico desde criterios de beneficencia pero que no caigan en el paternalismo. Teóricamente esto está muy bien y es muy bonito, pero la práctica ya es otra cosa, pues si la beneficencia del paciente no se articula desde el reconocimiento a su autonomía, al final lo que tenemos es paternalismo puro y duro. Esto es lo que sucedió con esta reforma. En ese mismo año aparece, en el caso Salgo, como ya hemos referido, por primera vez el término “*Consentimiento Informado*”. Las cosas, a pesar de la reforma del Código y al margen de éste, empezaban a cambiar<sup>227</sup>.

Las sentencias judiciales, a las que hacemos referencia en esta Memoria, contribuyen a crear en los EE.UU. una inquietud sobre el C.I. de forma que se comienza, en la década de los setenta, a realizar estudios sociológicos sobre éste y su aplicación en la práctica clínica. Hacemos una breve referencia a los tres que consideramos más importantes:

El primero lo lleva a cabo el profesor de derecho de la UCLA (University of California, Los Angeles), Donald Hagan (1970), que lo plantea como un problema ético y legal. Los 379 médicos a los que entrevista están de acuerdo en este planteamiento y en la obligación moral y legal de proporcionar información al paciente y obtener el consentimiento. Pero el estudio demuestra que esta forma de pensar no se traslada a la práctica clínica e investigadora.

El segundo, el estudio de Alford (1971), va encaminado a demostrar si la información actúa negativamente sobre el paciente. Se entrevista a 200 pacientes a los que se les va a realizar una angiografía. Sólo el 2% rechaza la prueba tras leer el formulario informativo.

Por último, el estudio de Fellner y Marshall (1970), sobre donantes vivos de riñón, se sitúa en la perspectiva contraria, pues demuestra que la decisión de donar responde a un mecanismo irracional, mientras que la información recibida y el C.I. entorpecen más que ayudan.

Además de los estudios una serie de acontecimientos ocurridos en la década de los 70 influirán en la evolución de la teoría del C.I. llevándola, definitivamente, a un punto de no retorno.

En primer lugar el nacimiento de la bioética como disciplina y su atención a la relación médico-enfermo, a la información que debe darse a los pacientes y la obtención del C.I. Otra de las causas importantes es la aparición de las cartas de derechos de los enfermos que reivindican el derecho del paciente a su autonomía. Como tercer acontecimiento, la publicación del “*Informe Belmont*”, en tanto que síntesis de expresión paradigmática de la preocupación por la aplicación

---

227 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 82.

práctica del consentimiento libre e informado en la investigación. Por último, mencionar la sentencia judicial del caso Canterbury contra Spence (1972), que supuso tal espaldarazo al C.I. que los médicos y sus organizaciones hubieron de reconsiderar su posición, pues quedaba claro que no podían seguir ignorando la realidad de éste<sup>228</sup>.

Si bien podemos considerar los años setenta como la culminación del desarrollo de la teoría del C.I., la década de los ochenta va a ser en la que se sustancie este desarrollo teórico en la práctica clínica, reflexionando sobre problemas fundamentales: la capacidad del paciente, los problemas de comprensión de la información y los que plantea su aplicación práctica en la clínica diaria. Tres acontecimientos vendrán a marcar definitivamente este cambio de tendencia:

En 1980 la AMA acomete una nueva reforma de su Código de Deontología en la que se elimina cualquier resto de paternalismo y se reconoce, explícitamente en su artículo IV, la obligación de los médicos a respetar los derechos de sus pacientes. Un año más tarde, el Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales de esta organización, dejará meridianamente claro que tal cosa tenía que ver directamente con el C.I. al elevar el respeto a este a la categoría de obligación ética profesional ineludible afirmando:

*“El derecho del paciente a tomar sus propias decisiones sólo puede ser ejercitado eficazmente si posee suficiente información que le capacite para hacer una elección inteligente.*

*El paciente debería tomar sus propias decisiones respecto a su tratamiento.*

*El C.I. es un comportamiento social básico...”*

Es muy llamativo que esta declaración copie párrafos completos de la sentencia del caso Canterbury contra Spence lo que da una idea de la repercusión que ésta tuvo.

Otras organizaciones médicas americanas siguieron los pasos de la AMA superando los modelos paternalistas que las habían guiado hasta entonces.

La National Commission había prestado un excepcional servicio. Pero al terminar su cometido, en 1978, quedó patente que su trabajo era insuficiente, pues se ceñía fundamentalmente al mundo de la investigación. Por ello el Congreso crea la *“President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research”*, que orientó su trabajo fundamentalmente a los problemas asistenciales. De los nueve informes que produjo, dos los dedica a la toma de decisiones o, lo que es lo mismo, al C.I. Así en 1982 publica uno más genérico, el Informe *“Making Health Care Decisions”*, y un año más tarde otro, más específico, dedicado a la

---

228 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 83.

retirada o no inicio de las medidas de soporte vital. El primero de ellos significará un hito clave en la historia del C.I., en cuanto que exigencia ética de los profesionales de la medicina. Consta de tres volúmenes: el volumen uno dedicado a la reflexión ética sobre el C.I. en la práctica clínica sin descuidar los aspectos legales de este; el dos contiene los resultados de una serie de estudios que la comisión había encargado sobre el desarrollo práctico de la toma de decisiones y el tres que atiende a los realizados en aras a esclarecer los fundamentos históricos, éticos y legales sobre el C.I.

El último de los acontecimientos que van a encauzar definitivamente la trayectoria del C.I. son el gran número de publicaciones, tanto en las grandes revistas médicas como en la literatura especializada, que sobre éste se producen entre 1984 y 1987. A fin de no ser excesivamente prolijos citamos las que consideramos más importantes y que se han convertido en tres clásicos de la materia:

- Jay Katz publica en 1984, *“El Mundo del Silencio entre Médico y Paciente”*

- Ruth Faden y Tom L. Beauchamp, en 1986, *“Historia y Teoría del Consentimiento Informado”*

- Appelbaum, Lidz y Meissel, en 1987, *“Consentimiento Informado: Teoría Legal y Clínica Práctica”*.

Los tres están dedicados a la recapitulación y síntesis de la teoría del C. I. desde el punto de vista histórico, ético, legal y práctico.

La última década del siglo XX se va a caracterizar por dos cosas esenciales: Por un lado, la discusión de la teoría del C. I. se desplaza de las formulaciones generales clásicas hacia la teoría de las decisiones de representación en pacientes incapaces y la importante complejidad que entraña su puesta en práctica y, por el otro, la actitud de los profesionales de la medicina ante el C. I.

Las estructuras políticas, sociales, culturales, legales y profesionales se han modernizado sacudiéndose el paternalismo clásico y asumiendo los nuevos postulados que propician la participación del paciente en la toma de decisiones; pero los profesionales, según Faden y Beauchamp, han sido sometidos, por motivos legales, a la práctica del C. I., pero en absoluto han asumido sus postulados éticos, lo que llevará a sus autores a resumir la situación con una frase que se ha hecho célebre: *“Todo ha cambiado y nada ha cambiado”*.

Sin embargo podemos afirmar que una buena parte de los profesionales americanos ha comprendido que de lo que se trata es de un nuevo horizonte ético, mucho más participativo, basado en el respeto a la libertad de decidir del otro y actúa en consecuencia<sup>229</sup>.

### **2.3.2. El C.I. en la Clínica en España**

De la rica tradición española en cuestiones de deontología médica nos interesa la que se genera a lo largo del siglo XX, pues es cuando se desarrolla la teoría del C.I., sobre todo en EE.UU., como hemos visto. En general podemos afirmar que la forma en que la deontología española contempla el C.I. es desde el más puro estilo tradicional de la ética clásica, es decir, desde el paternalismo. Analizaremos, en este apartado, la evolución histórica desde la óptica de los códigos de deontología y desde la perspectiva de algunos autores de especial relevancia. El análisis de la realidad lo abordaremos en el apartado tercero de los fundamentos teóricos.

En cuanto a los primeros nos referiremos sólo a los correspondientes a las normas provenientes de la Organización Médica Colegial (OMC) en cuanto que son las que afectan a todos los médicos en ejercicio, obviando las particulares de otras organizaciones médicas o las propuestas por algunos colegios provinciales. El que podemos considerar como primer Código de Deontología oficial es el que figura como apéndice del decreto de 8 de Septiembre de 1945 que aprobaba el Reglamento de la OMC con el título de *“Normas deontológicas para los médicos españoles colegiados”*. La única referencia es la que hace en la norma 9 relativa a la regulación de las operaciones quirúrgicas que establece que *“han de realizarse las que están indicadas y que tengan probabilidades de éxito, con el consentimiento del interesado, del padre o del tutor que deba asumir la responsabilidad del consentimiento, según los casos”*. Por otra parte la norma 14 regula la *“obligación del médico de advertir cuando llega el peligro de muerte”*. Como vemos, la primera hace referencia a la participación del paciente en la decisión, pues dado lo comprometidas de estas intervenciones (a veces era peor el remedio que la enfermedad) parece justo que tuviera algo que decir quien se la iba a jugar, a la vez que introduce la búsqueda de la legitimidad moral y legal del cirujano al consentir el paciente en la intervención. La segunda norma, atiende a lo que llamamos *“paternalismo juvenil”* y su enfoque tiene una clara dirección religiosa. En definitiva podemos afirmar que en este texto no existe un reconocimiento a la autonomía del paciente y de su derecho a

---

229 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 84-87.

un consentimiento libre e informado, salvo de una manera muy “*sui generis*” en lo que a cirugía se refiere.

El siguiente Código, el de 1979, ya respira otro aire. Proclama la obligación de respetar los derechos de los pacientes y, entre ellos, el derecho a la información sobre diagnóstico y pronóstico, basándose en una corriente más moderna, apelando a valores tan fundamentales como el respeto a la vida y a la dignidad de la persona. Sufrirá varias modificaciones, la más importante en 1990 y permanecerá vigente hasta 1999. Hace una referencia explícita y detallada del derecho del paciente al C.I. en los cinco puntos del artículo 11, recogiendo los elementos que lo integran, salvo la referencia expresa a la voluntariedad del consentimiento, la posibilidad de rechazar tratamientos y la necesidad de facilitar la participación en el proceso de toma de decisiones<sup>230</sup>.

El Código actualmente vigente, el de 1999, será comentado en el apartado en que abordamos la normativa actual del C.I. en España.

No son muchos los autores que abordan el C.I. en España hasta las últimas décadas del siglo XX. Nosotros nos fijaremos en cuatro de ellos por entender que retratan cuatro momentos de la ética de la medicina española de este siglo, naturalmente influida por los avatares históricos de nuestra nación.

El primero de ellos es Luíis Alonso Muñoyerro, moralista y canonista reputado que publicó su obra fundamental, “*Código de Deontología Médica*”, en 1934. Cuando habla de la relación médico enfermo lo hace desde el más absoluto paternalismo, por eso sorprende que al referirse a la cirugía (Art. 62) esté en consonancia con la teoría moderna del C.I. y el derecho que el paciente tiene a él. La explicación viene dada porque uno de los autores a los que hace referencia, para defender esta postura, es Royo Villanueva, penalista de prestigio y, bien pudiera interpretarse, más que como la exigencia moral de respetar la autonomía del paciente, como la necesidad de respeto a la doctrina penal sobre la legitimación de la cirugía. También hace mención expresa, aunque de una forma genérica, a las excepciones de la obligación del consentimiento. Más avanzado es el Art. 32 en lo que se refiere al C.I. en la investigación, sobre todo si tenemos en cuenta que faltan 14 años para el Código de Nuremberg. En él defiende la autonomía del paciente y la necesidad de su consentimiento informado antes de someterse a una investigación.

Francisco Peiró, destacado continuador de la labor de Muñoyerro, fue jesuita y profesor de Deontología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central y en la Academia de

---

230 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 102-104.

Sanidad Militar. Su obra más importante es el *“Manual de Deontología Médica”*, publicado en 1944 y enfocado a libro de texto de la asignatura que él impartía. En este texto, que no se articula como el de su maestro en forma de código, la relación médico enfermo es paternalismo puro y duro en la línea del hipocratismo cristiano. En cuanto al C.I. sólo lo entiende en la cirugía, si bien habla de *“operaciones serias”*. Se supone que las que el cirujano considere menos o nada serias, el respeto al paciente será más relativo. Es valiente y avanzado, como Muñoyerro, en la aplicación del C.I. aunque persista la sombra de que lo haga desde la perspectiva de la legitimación de la cirugía y es restrictivo en cuanto al derecho del paciente a rechazar el tratamiento quirúrgico, cercenando de raíz esta posibilidad si el paciente lo hace *“aduciendo motivos que van contra sus propios intereses o contra el derecho natural”*.

Gregorio Marañón es uno de los hombres que mayor influencia tuvieron en la medicina española del siglo XX. Para él la ética médica es una ética de la virtud y, por tanto, imposible de enseñar pues forma el núcleo de la *“vocación”*. De ahí que rechace los códigos, pues ofrecen una ética normativa, y las responsabilidades civiles y penales que pudieran derivarse de la actuación profesional, defendiendo que las únicas responsabilidades que se le pueden exigir al médico son morales y su sanción corresponde, como mucho, a los propios profesionales. Es, pues, lógico su planteamiento paternalista de la medicina y en cuanto a la idea del C. I., como forma de participación en la toma de decisiones, está ausente totalmente de su pensamiento y no sólo en lo relativo a la medicina asistencial sino también en la investigación, donde entiende que, aunque sea deseable el consentimiento del sujeto, está justificado el engaño e incluso la coacción si el experimento es útil y poco molesto y el beneficio social lo justifica. Es importante tener en cuenta esta forma de pensar y resaltar el peso de Marañón, pues muchos de los médicos que hoy están ejerciendo le han tenido y le tienen como modelo.

Gonzalo Herranz, Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Navarra, es conocido fundamentalmente por su labor vinculada a la ética y la deontología médica. En este campo su obra más importante es *“Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica”* publicado en 1992. Al igual que el código que comenta, la relación médico paciente que defiende Herranz es claramente superadora de la concepción paternalista tradicional. En cuanto al C. I. se alinea con lo contenido en el código, asumiendo el giro radical que ha dado la ética contemporánea en cuanto al derecho al respeto a la autonomía del paciente se refiere. Hace las mismas reflexiones con respecto al artículo 11 que hace el código referido. Nosotros nos atenemos a lo ya comentado

añadiendo a lo dicho que la mayoría de edad legal para otorgar el consentimiento se rebajará a los dieciséis años mucho después de publicada esta obra.<sup>231</sup>.

---

<sup>231</sup> SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 105-115.



*V. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO*



La relación médico enfermo actual, abandonado el paternalismo clásico, se basa y orienta en el respeto a la voluntad del paciente, entendido como un adulto capaz, libre y sujeto de derechos, que la enfermedad no tiene porqué mermar. En este marco se encuadra el C. I. como instrumento que concreta los derechos del individuo a una situación de enfermedad y en torno al que debe desarrollarse la relación clínica. Se parte del hecho de que la hipotética disminución de facultades físicas, que puede acarrear la enfermedad, no tiene porque suponer una suspensión de los derechos y los valores morales que el individuo posee y, por tanto, está en condiciones de conocer y aceptar o rechazar las soluciones clínicas que se puedan plantear en el trascurso de su proceso morboso<sup>232</sup>.

Pero todo esto no ocurre porque si, sino que es el producto de una evolución de más de tres mil quinientos años documentados de ejercicio profesional médico basado en unos postulados éticos que han ido variando conforme lo hacía la sociedad y se adecuaban las estructuras políticas, sociales y religiosas a las nuevas tendencias. La medicina ha tenido que ir adaptando sus paradigmas científicos y técnicos, pero también los éticos, a esas nuevas estructuras y maneras de pensar.

En este apartado vamos a estudiar, lo mas resumidamente de que seamos capaces, los fundamentos teóricos del C.I. ateniéndonos a las principales teorías éticas y a los principios que sustentan, éticamente hablando, nuestra actividad profesional.

## 1. TEORÍAS ÉTICAS EN MEDICINA

Dice Miller<sup>233</sup> que *“Ética médica es la disciplina que proporciona las herramientas necesarias para reconocer, analizar y gestionar los dilemas éticos. La ética médica consiste en obtener información clínica basada en hechos objetivos, aclarando los dilemas morales e identificando soluciones alternativas para estos dilemas éticos”*. Ahí está la cuestión, en las herramientas y la metodología que nos permite estructurar un juicio moral. Pero esa metodología y esas herramientas, a las que llamamos principios, tienen un sustrato más profundo, un marco de referencia en el que encuadramos la reflexión sobre el carácter moral de los actos que se producen en el ejercicio profesional: las teorías o corrientes de reflexión ética. Por eso Varó Peral<sup>234</sup> dice que son el resultado de las reflexiones críticas realizadas en torno a la moral vigente, que permiten justificar o fundamentar las normas morales y, más en general, los juicios morales, debiendo

---

232 FARRERAS VALENTI, P., ROZMAN C., Medicina Interna, pág. 60.

233 MILLER, RONALD D., Miller de Anestesia, pág. 3175.

234 VARO PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IMG>, pág. 1.

entenderse como doctrinas filosóficas que pretenden exponer el sentido último de los juicios morales y ofrecer un criterio para legitimarlos.

No podemos adentrarnos en un estudio detallado de las teorías o corrientes de reflexión ética, no es la razón de ser de esta Memoria, pero si lo pudiéramos hacer nos daríamos cuenta que hay casi tantas doctrinas como filósofos que han escrito sobre ética. Nos vamos a limitar a un breve enunciado de aquellas que consideramos las más importantes de cuantas afectan a nuestra profesión y en las que se hallan contenidas las explicaciones a la gran inmensa mayoría de los dilemas éticos que pueden afectarnos.

Puede parecernos que las teorías éticas, a veces, chocan frontalmente entre sí. Es posible que desde el punto de vista teórico lo parezca. Sin embargo, desde la óptica de la ética práctica, no lo es. En ella nos damos cuenta de que es posible defender similares o iguales principios éticos desde teorías diferentes. También puede ocurrir que la explicación ética que buscamos, para una determinada situación, no esté contenida en todas las teorías que manejamos, o que lo esté más en una que en otra. Pero, al final, las listas de las obligaciones primarias son todas muy parecidas, lo que nos lleva a la conclusión de que todas las teorías tienen sus puntos de convergencia derivado de que todas utilizan una base de datos inicial común: las normas de la moral común<sup>235</sup>.

Hemos utilizado, hasta ahora, dos términos que pueden parecer sinónimos y no lo son: corrientes de reflexión ética o teorías y doctrinas filosóficas. El primero, es el término utilizado por el mundo anglosajón, mientras que en Europa se utiliza el de doctrina. Conceptualmente son distintos y nosotros preferimos utilizar el primero porque entendemos, con Montoya Sáenz<sup>236</sup>, que el concepto doctrina se refiere a enseñanzas acabadas y completas en si mismas, mientras que el concepto teoría define intentos de explicación que se corrigen y adecuan permanentemente.

Por último reiterar la idea, expuesta anteriormente, de que varias teorías pueden contener el mismo principio, lo que nos lleva a considerar que el valor de éstas no está en cada una de ellas por sí sola, pues si ceñimos el comportamiento a una sola de ellas, prescindiendo de las demás por supuestas incompatibilidades teóricas, se pierde la riqueza contenida en las excluidas. Por ello no deben ser tomadas como doctrinas que guíen el comportamiento de las personas, como códigos morales, tal si de códigos jurídicos se tratara, sino solamente como argumentos intelectuales para

---

235 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 103.

236 MONTOYA SÁENZ, J., <http://www.mercaba.org/DicPC/E/ética>, pág. 3.

explicar la complejidad de la vida práctica, apareciendo entonces como cajas de herramientas que sirven para atender las demandas que esa vida práctica nos plantea<sup>237</sup>.

Como decíamos en el segundo párrafo de este apartado nos vamos a limitar a un breve enunciado de las teorías que consideramos que explican los conflictos éticos que en la profesión médica se plantean. Son cuatro. Tres de ellas vienen de antiguo; la ética de la virtud, la deontologista y la consecuencialista, mientras que la cuarta, la principialista, es más moderna. Seguiremos el orden cronológico.

### 1.1. Ética de la Virtud

Su primer y principal exponente es Aristóteles, luego, cronológicamente, es la más antigua de cuantas afectan, desde el punto de vista ético, al ejercicio profesional médico.

Más tarde, la ética que Percival preconiza en su obra *“Medical Ethics”* puede y debe encuadrarse dentro de ella, pues, siendo un ilustrado, se aparta de lo que él considera excesos de la ilustración, esto es: en la ruptura entre la fe y la razón se da primacía a la segunda, relegando la primera a una situación de irracionalidad, por una parte, y un ámbito puramente privado, por otra. Percival es un puritano y un hombre profundamente religioso, de ahí que quiera ensalzar la virtud a la hora de que el médico justifique sus actos y, en general, su conducta se *“construya como una ética de la virtud que permita definir el carácter moral del profesional médico como “medicus politicus”, como “gentleman”, como “ministro del enfermo””*<sup>238</sup>.

Hoy, esta teoría, está muy respaldada por la iglesia católica, nutriéndose fundamentalmente de científicos y teóricos para los cuales las formas reducidas a las ventajas personales del deontologismo se quedan cortas y, a su vez, están abiertamente en contra del consecuencialismo. Defiende que hay que aspirar a la excelencia, a la calidad humana, buscar el bien propio y ajeno, seguir ideales nobles y elevados y no ser dominados por el egoísmo, sino por la generosidad altruista. Hay que practicar el sacrificio generoso, el servicio fiel y abnegado del médico clásico<sup>239</sup>.

Se centra, pues, en las cualidades que debe cultivar el médico para el buen hacer profesional encaminado al máximo bien del paciente. La veracidad, la privacidad, la confidencialidad, la

---

237 BACIGALUPO, L.E., <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>, pág. 3.

238 SIMON, P., *El Consentimiento Informado*, pág. 81.

239 MUÑOZ GARRIDO, R., *Clases de Ética Médica*, pág. 34.

fidelidad, etc. son principios virtuosos que el médico debe practicar y que deben motivar su actuación yendo más allá del cumplimiento de los cuatro principios clásicos<sup>240</sup>.

Considera que el ejercicio virtuoso del deber es un modo de actuar más correcto moralmente que el que se basa en la actuación por obligación, ya que los motivos y el carácter correctos son más valiosos que la propia conformidad de los actos con las reglas morales, entendiendo que en la medicina las cuestiones morales deberían ser estudiadas dentro del marco de las virtudes, ya que cualquier profesional sanitario puede evadir los sistemas de reglas. Beauchamp y Childress<sup>241</sup> explican y defienden esta teoría diciendo que *“Una persona moralmente buena, con la adecuada configuración de deseos y motivos, tiene más posibilidades de entender lo que debe hacer, de realizar los actos necesarios y de crear y actuar según los ideales morales [...] Por tanto, recomendaremos, admiraremos, alabaremos y mostraremos como modelo moral a toda persona dispuesta por su carácter a ser generosa, cuidadosa, compasiva, piadosa, justa y no a las personas que siguen estrictamente las reglas”*.

## 1.2. Ética Deontologista

El conjunto de teorías que definen y justifican la ética deontologista parten del ajuste de las conductas individuales a reglas de aceptación general, basadas en postulados de universalidad, imperatividad y homologación o confluencia espontánea de conductas, que ratifican la generalidad intrínseca de esas reglas. Entendiendo la humanidad como fin en si mismo, y no como medio, se debe actuar únicamente bajo una máxima que pueda quererse al mismo tiempo que se convierte en ley universal<sup>242</sup>.

La característica principal de los deontologismos es reconocer que estamos, en cada situación, obligados a actuar de algún modo determinado que es independiente de los resultados que pueda acarrear para nuestro bienestar o el de los demás. Parten del reconocimiento de que hay imperativos morales absolutos, cosas que es obligatorio hacer y conductas que en todo momento y circunstancia son malas y perversas. Su criterio, pues, es el del cumplimiento del deber, independientemente de las consecuencias.

Por otra parte, para los deontologistas, el fin nunca justifica los medios por lo que hay conductas que por mucho bien que resulte de ellas son intrínsecamente inmorales.

---

240 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, pág. 84.

241 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 61.

242 MARTÍN MATEO, R., Bioética y Derecho, pág. 45.

En definitiva, lo que vienen a decir las teorías deontologistas, es que la calidad moral de las acciones viene determinada por su concordancia o discordancia con ciertos principios morales predeterminados, anteriores a esas acciones, independientemente de los resultados y consecuencias que tengan<sup>243</sup>.

Coincidimos entonces en que la ética deontológica es una ética de convicciones en la que el deber ocupa el primer plano. Un acto es bueno porque debe hacerse, sin detenerse a analizar las consecuencias que pueda tener. Es, pues, una ética prescriptiva, que manda hacer las cosas y en la que se respetan los derechos del sujeto, la autonomía y la independencia. En definitiva, el deontologismo, define una serie de deberes que hay que cumplir sin pararse a analizar las consecuencias de ese cumplimiento<sup>244</sup>.

Dentro de la gran familia de las teorías deontologistas, la más importante es el Kantismo. Acuñada y defendida por el gran filósofo Emmanuel Kant (1724-1804) que adopta un punto de vista novedoso hasta ese momento partiendo de la crítica a los sistemas éticos anteriores por considerarlos modelos de ética material, en cuanto que establecen la bondad o maldad de las acciones humanas, en función de que estas resulten, o no, apropiadas para conseguir un fin identificado con el bien. Considera que estos modelos son incorrectos, pues las acciones que se aportan para la actuación moral se encuentran fuera de la propia ética. En contraposición a esto propone la ética formal que nos proporciona la forma concreta, el imperativo categórico, que deben tener las acciones para ser morales<sup>245</sup>.

Este es el pilar fundamental del kantismo, el “*imperativo categórico*”, que es lo que se debe hacer, independientemente de nuestros deseos, y es una regla universal. Es decir, el cumplimiento del deber establecido en unas reglas morales capaces de ser deseadas y cumplidas por todos los seres humanos sin contradicciones<sup>246</sup>.

Terminamos coincidiendo con Polo Barrena<sup>247</sup> cuando afirma que “*La norma moral es un imperativo categórico porque la subjetividad libre es capaz de atenerse a él por encima de cualquier otra aspiración o impulso material*”. Pero la facultad por la que se puede obrar conforme a la norma establecida es la voluntad. Y como para actuar así es necesaria la razón, resulta que la voluntad no es otra cosa que la razón práctica, que es autónoma en cuanto que es autosuficiente. Lo

---

243 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 32.

244 SÁDABA, J., La Ética contada con sencillez, pág. 76.

245 <http://iesmurgi.org/filosoffa/ética/teorías>, pág. 6.

246 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 53.

247 POLO BARRENA, L., Ética. Hacia una visión moderna de los temas clásicos, pág. 133.

cual no quiere decir que las acciones objetivamente necesarias, conforme al deber obligado, tengan que ser subjetivamente necesarias, ya que pueden no serlo en cuanto que la voluntad sea afectada por los apetitos sensibles. En ese caso la voluntad y la razón difieren y, por tanto, aquella no es completamente autónoma, y, entonces, la vinculación del sujeto a la norma moral constituye a ésta como razón esencial y el imperativo categórico es el conocimiento que la voluntad tiene de la razón.

Además del kantismo hay otras teorías que se agrupan dentro de las deontologistas. Citamos como fundamentales, aunque por razones obvias no entremos en su análisis, el intuicionismo defendido por Moore y Rawls, el conciencialismo y la teoría del deber obligado<sup>248</sup>.

### **1.3. Ética Consecuencialista**

Aunque lo enunciemos como ética consecuencialista, realmente nos estamos refiriendo a un conjunto de teorías que se acogen bajo un modelo ético que mide la moralidad de los actos por sus consecuencias. Defienden que solo hay un principio básico y válido: la utilidad. Considera que las acciones serán buenas, o no, en función del bien que proporcionen y de que este bien se extienda al mayor número de personas posible. Para estas teorías, al contrario de las vistas anteriormente, el fin justifica los medios<sup>249</sup>.

La maldad o bondad de los actos se medirá, pues, por los resultados que produce en términos de producción de bienes o consecuencias deseables, luego, la moralidad de estos actos gira en torno a la obtención de lo bueno, es decir, consiste en la maximización del bienestar y la eliminación del sufrimiento, el dolor o la insatisfacción. La acción se realizará y será moralmente buena si echadas cuentas, en términos de beneficio, de sus consecuencias inmediatas y tardías, se revela tan benéfica y eficaz como cualquiera de las acciones que en ese momento pudieran realizarse<sup>250</sup>.

Para este conjunto de teorías los ideales de la gente y las motivaciones que le impelen a hacer una cosa determinada no cuentan, sólo cuentan los resultados, juzgan a las personas y sus actos en función, tan sólo, del resultado de sus acciones, obviando las virtudes de estas y las intenciones que las impulsaron a hacer una cosa determinada. Luego lo que constituye la verdad moral es el resultado de las acciones, las consecuencias de estas<sup>251</sup>.

---

248 LÓPEZ MARTÍN, S., *Ética y Deontología Médica*, págs. 410 y 411.

249 TORRES, L.M., *Tratado de Anestesia y Reanimación*, pág. 63.

250 MUÑOZ GARRIDO, R., *Clases de Ética Médica*, pág. 33.

251 BACIGALUPO, L.E., <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>, pág. 3.

La más sobresaliente de las teorías consecuencialistas es el utilitarismo, cuyo origen hay que buscarlo en los escritos de Jeremy Bentham (1748-1832) y John Stuart Mill (1806-1873), y que acepta un solo principio ético básico: el principio de utilidad, según el cual debemos actuar siempre con el único norte de obtener el máximo beneficio o el mínimo perjuicio (si solo se pueden obtener resultados no deseados). En definitiva se trata de que los actos humanos se midan por su producción de valor máximo. Sin embargo, entre los defensores de esta teoría, no hay acuerdo en que es lo más útil, lo más importante, aunque sí que coinciden en que el mayor bien debe medirse en función del valor total que resulta del acto. Así mientras los padres de esta teoría (Bentham y Stuart Mill) definen la utilidad en términos de felicidad o placer, otros entienden que no son estos valores sólo, sino que también hay otros de importancia intrínseca que deben ser tenidos en cuenta. También hay diferencias de criterio a la hora de establecer una escala de valores<sup>252</sup>.

Pero los desacuerdos llegan más allá: partiendo del principio general de que los actos se valoran en función de la maximización del valor no tienen claro si este principio de utilidad debe aplicarse a los actos concretos o a las reglas que determinan que actos son correctos y cuales no. Así surgen las dos corrientes: utilitaristas de acto que, evitando las reglas, califican los actos apelando, directamente, al principio de utilidad y los utilitaristas de regla, que consideran las consecuencias de utilizar las reglas. Poniendo un ejemplo concreto, a los primeros les parecería bien mentir a un enfermo si con esto mejora su salud, mientras que, a los segundos, no les parece moral porque el engaño en medicina acarrearía más mal que bien, pues se vulnera una regla que debe ser siempre cumplida. Como es lógico surgió la tercera vía, que viene a defender que no debe haber una norma general de cumplimiento ni tampoco ir al incumplimiento de las normas directamente, sino que en cada momento se debe hacer lo que más rentable sea<sup>253</sup>.

Otra característica del utilitarismo es la supeditación del fin a los medios. Estos se ven justificados en aras de conseguir el objetivo que es la acción rentable. No existe, para sus defensores, la acción intrínsecamente buena o mala. Todo vale si es útil, por ello la moralidad de la acción no reside en ella misma sino en las consecuencias que produce. En definitiva que no fundamenta, como hace el deontologismo, unos deberes morales propiamente dichos sino que todo va a estar en función de los resultados conseguidos<sup>254</sup>.

---

252 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 44.

253 Opus cit., pág. 47.

254 GONZÁLEZ BARON, M. y OTROS. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer, pág. 1220.

Por otro lado hemos de decir que el utilitarismo defiende la satisfacción de la gente, pero no tomando a las personas como sujetos dotados de derechos individuales irrenunciables, sino como suma de sujetos con esos derechos. Y cuanto más sumen, mejor. Se trata, como decíamos más arriba, de la mayor felicidad para el mayor número de personas debiendo, por tanto, ser sacrificados los derechos e intereses individuales ante los del interés general si con ello se obtiene un mayor beneficio<sup>255</sup>.

Resumiendo: que el utilitarismo concibe el bien en términos de bienestar, de placer. La rectitud moral de una acción depende de si produce, en general, unas diferencias a favor del placer, del no dolor. Dentro de esta afirmación impone categorías, de tal manera que una acción es contraria a la ética si se podría haber optado por otra solución que produjera mayor bien y, por tanto, es una acción reprochable si con más sacrificio se podría haber conseguido mayor bien. Al final lo que define al utilitarismo es la cuenta de resultados en términos de beneficio, y la vida puede adquirir un valor económico preponderante. El mantenimiento de algunas vidas puede llegar a ser exageradamente caro al requerir unos cuidados cuyo beneficio, en términos de futuro o de supervivencia, no compensa el gasto económico que la sociedad tiene que soportar<sup>256</sup>.

No queremos terminar sin citar a un autor que define en muy pocas palabras los dos últimos grupos de teorías éticas (deontologismo y consecuencialismo). Viene a decir López<sup>257</sup>, al hablar de ellas, que en la primera algo es bueno porque debe hacerse, mientras que en la segunda, algo debe hacerse porque es bueno.

#### **1.4. Ética de los Principios**

Actualmente es la más difundida. Fundamentada en la combinación de las teorías kantiana y utilitarista, aplica unos principios asumibles por la mayoría de los individuos de una sociedad pluralista. Como la teoría utilitarista no fundamenta unos principios morales propiamente dichos, toma este argumento de la ética del deber enunciando los cuatro que son mayoritariamente aceptados<sup>258</sup>.

---

255 SÁDABA, J., La Ética contada con sencillez, págs. 71-73.

256 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 33.

257 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica, pág. 405.

258 GONZÁLEZ BARON, M. y OTROS. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer, págs. 1219 y 1220.

Por otra parte la corriente ética principialista analiza si son éticos los actos “a priori” aplicando los cuatro principios reconocidos como principales (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) y “a posteriori” por el resultado de esos actos.

Es la principal corriente bioética que, asentada sobre los principios éticos citados, recurre a ellos para analizar los supuestos médicos y las consecuencias que, en cada caso, se producirían al ser aplicados. Este es el método que se sigue actualmente para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria<sup>259</sup>.

Esencialmente consiste en que ofrece unos principios y unas reglas desde los que articular un comportamiento moral que sirven, a su vez, para enjuiciar la moralidad de las actitudes ante los problemas que suscita el ejercicio profesional médico. Los principios derivan de la tradición médica y de la moral común. Desde los albores de la medicina se han manejado los principios de beneficencia y no maleficencia, mientras que el de justicia y autonomía se incorporan más tardíamente. Las reglas, a su vez, pueden ser sustantivas (veracidad, confidencialidad, intimidad, fidelidad, etc.) y deben ser formuladas como guías para la acción, de autoridad (quien puede y debe realizar los actos) y procedimentales<sup>260</sup>.

Su máxima expresión es la obra de Beauchamp y Childress, a la que tantas referencias hacemos en esta Memoria, y que es considerada el libro de cabecera de los bioeticistas americanos. Apareció en 1979 y, posteriormente, se han hecho varias ediciones en las que no se aprecian cambios sustanciales pero que sí introducen matices muy importantes a la vez que rellenan lagunas en el desarrollo de la teoría. Lo que proponen ya lo hemos dicho más arriba. Hemos de añadir que debe ser encuadrada dentro de las éticas normativas en cuanto que lo que pretende es proponer criterios válidos, desde el punto de vista práctico, para enjuiciar los actos morales. Volcada, pues, hacia la ética práctica pretende diseñar herramientas procedimentales que nos permitan resolver los problemas reales. Entiende que los principios prácticos, desde los que se pueden analizar los actos, no pueden ser reducidos a los contenidos de los códigos de ética profesional o las normas desarrolladas por las naciones, sino que deben ser más generales para que permitan completar y criticar dichos códigos y normas. Esta teoría, que defiende la moralidad común basada en principios, recoge del deontologismo y del consecuencialismo, como ya hemos apuntado, la idea de que existen una serie de principios que obligan, pero mientras que estos son “monistas”, es decir

---

259 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J. y OTROS. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, pág.4.

260 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, págs. 33 y 35.

que reconocen un único principio general absoluto que soporta los actos morales, el principialismo es “pluralista”, o sea, que reconoce dos o más principios no absolutos que configuran el nivel normativo que luego ha de desarrollarse en reglas. Y estos principios no emanan ni se basan en la razón ni en la ley natural sino que son construidos a partir de las creencias morales aceptadas por la sociedad<sup>261</sup>.

Gracia y Júdez<sup>262</sup>, articulan estos principios en dos grandes niveles jerárquicos:

Un primer nivel, al que ellos llaman ética de mínimos, que incluye los principios de no maleficencia y justicia al que refieren a una dimensión pública, que obliga a todos y puede, incluso, ser coactiva. Atiende a las situaciones en que puede verse amenazada la integridad física o social de las personas, estableciendo la obligación de sanitarios e instituciones de ofrecer e indicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos efectivos a los que el paciente pueda acceder de manera equitativa y justa.

Y un segundo nivel, al que denominan ética de máximos, que incluye los principios de beneficencia y autonomía, referido a un ámbito más privado y que regula la cotidianidad de la relación clínica con el paciente y la familia. Es un espacio que promociona opciones y toma de decisiones concretas desde los valores propios de cada individuo, inequívocamente influido por su entorno cultural, familiar y social.

Este tipo de ética justifica los juicios morales desde lo que Rawls llama el “*equilibrio reflexivo*”, que consiste en un punto de coherencia estable entre los juicios particulares y los juicios morales realizados y aceptados como válidos en una comunidad. Sin embargo el equilibrio reflexivo debe ser completado por un criterio externo independiente, es decir, por un criterio que emana del conjunto de creencias morales que la humanidad ha ido asumiendo a lo largo de la historia de su progreso moral y han cuajado en una serie de juicios morales que son evidentes y ciertos por si mismos sin necesidad de justificación, pues la simple coherencia estructural interna del sistema moral (coherenterismo rawlsiano) es suficiente<sup>263</sup>.

Como decíamos al principio, la ética principialista, además de los principios, enuncia una serie de reglas, derivadas de estos, que los especifican y sirven de guía a los actos de las personas. Distinguíamos tres tipos:

---

261 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 124 a 129.

262 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, págs. 186 y 187.

263 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 127.

Las sustantivas, que especifican el contenido de los principios. Entre ellas se encuentran las “reglas de veracidad, confidencialidad, privacidad, fidelidad y varias reglas referidas a la distribución y racionamiento de la atención sanitaria, a la omisión de tratamientos, al suicidio asistido y al consentimiento informado”

Las reglas de autoridad que determinan, entre otras cosas, quien debe tomar las decisiones, quien debe sustituir al paciente incapaz o quien decide la distribución de los recursos.

Y, por último, las reglas que se formulan como normas para la acción o procedimentales, que delimitan la aplicación de las anteriores en los contextos concretos<sup>264</sup>.

Para terminar, decir que Beauchamp y Childress<sup>265</sup> establecen que hay principios y reglas o normas consideradas de “prima facie” que son “una guía de acción normativa que establece las condiciones de permisividad, obligatoriedad, corrección o incorrección de los actos que entran dentro de su jurisdicción”. Los califican de prima facie porque indican que la obligación del principio o norma que enumeran debe cumplirse siempre, salvo cuando entra en conflicto con otra obligación moral de igual o mayor magnitud. Así, matar o ayudar a morir a una persona que sufre y que quiere acabar con su padecimiento dando fin a su vida, puede suponer acabar con su sufrimiento y, además, respetar su autonomía, pero entra en conflicto con una norma moral de rango superior que es el respeto a la vida. Esta es la diferencia entre obligación prima facie y obligación real.

## 2. PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

Muñoz<sup>266</sup> hacía una definición conceptual de los principios de la ética médica muy concreta y rotunda cuando nos decía que “son el conjunto de elementos que ayudan a discurrir racionalmente, es decir, los principios que nos ayudan a discurrir éticamente”.

Simón<sup>267</sup>, en cambio, es más amplio pero menos concreto. Viene a decir que son proposiciones normativas, es decir, que delimitan obligaciones moralmente vinculantes. Pero esas normas no son absolutas, sino relativas, que pueden ser ponderadas, jerarquizadas y derogadas en según que circunstancias, admitiendo la excepcionalidad del deber real en el juicio de un caso particular. Lo mismo ocurre con las reglas. Ambos, principios y reglas derivadas de estos, son

---

264 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 132.

265 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, págs. 29 y 98.

266 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 35.

267 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 141.

normas deontológicas materiales y, por tanto, son todas relativas, pues cabe esperar que siempre acaezca alguna circunstancia excepcional que justifique su quebrantamiento.

Beauchamp y Childress, en su obra citada, en la primera edición de 1979, enunciaron como principios fundamentales de la ética médica cuatro: Beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. No los inventaron ellos, sino que los tomaron prestados. Los dos primeros de la medicina técnica griega y los dos últimos del Informe Belmont<sup>268</sup>.

Este Informe<sup>269</sup>, que los define como criterios generales que sirven como base para justificar los preceptos éticos y las valoraciones particulares de las acciones humanas, distingue tres que, a su juicio, y desde la tradición cultural anglosajona, son los principales: el principio de respeto a las personas, el de beneficencia y el de justicia.

La comunidad científica, sin embargo, acepta como principales los definidos por Beauchamp y Childress. A ellos nos atenemos nosotros y los desarrollamos, a continuación, brevemente.

## **2.1. Los cuatro aceptados como principales**

Toda la comunidad científica coincide en que hay una serie de principios que deben ser tenidos en cuenta y respetados en el discurrir ético de la profesión médica. Sin menoscabo de ninguno de ellos, destacan como principales los de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Intentaremos, al igual que hemos hecho con las grandes corrientes de reflexión ética, resumirlos así como las principales consecuencias que de ellos se derivan.

### **2.1.1. Beneficencia**

Ordena la obligación de hacer el bien por el paciente y, por extensión, a toda la sociedad y a las generaciones futuras en cuanto beneficiarios de los avances médicos<sup>270</sup>.

Es la ley suprema de la medicina. Es el primero y más hermoso de todos. López<sup>271</sup> comienza el capítulo primero de su obra diciendo: *“Cuando el primer hombre enfermó, hubo otro hombre que intentó curar su enfermedad. Con la disposición interior, con la voluntad de querer aliviar el sufrimiento del que era igual que él, nació la ética. Con el acto nació la medicina”*. En esta figura

---

268 LÓPEZ MARTÍN, S., *Ética y Deontología Médica*, pág. 423.

269 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. pág. 1.

270 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J. y OTROS. *El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital*, pág. 5.

271 LÓPEZ MARTÍN, S., *Ética y Deontología Médica*, pág. 21.

retórica, llena de poesía, hallamos la clave de lo que durante más de tres mil quinientos años ha movido el impulso ético de la profesión médica. No podemos olvidar eso.

El primer documento, en el que queda recogido de una forma expresa, es el Juramento de Hipócrates cuando dice “*no me guiará otro propósito que el bien de los enfermos*”, aunque será el Informe Belmont quien lo enuncie, por primera vez, como tal principio ético. Por ser positivo y por la grandeza de su mandato es, sin duda, como ya decíamos más arriba, el más hermoso de todos. Coloca el interés del enfermo por encima de cualquier otra cosa, impulsando al médico a la disponibilidad constante para ayudar a los demás a costa, incluso, de cualquier sacrificio, poniendo de manifiesto lo que de altruista tiene nuestra profesión<sup>272</sup>.

En la clínica, hasta que se produce la crisis del paradigma ético de la profesión, el médico justifica todas sus acciones desde este principio. Incluso desde él se fija lo que es salud y lo que es enfermedad, estableciendo lo que debe considerarse una necesidad sanitaria, una necesidad de atención a la salud de los otros. El enfermo se limita a aceptar como bueno aquello que el médico establece<sup>273</sup>.

En la investigación obliga a los investigadores individuales y a la sociedad en general:

En el caso de los proyectos particulares, los investigadores y los miembros de la institución, vienen obligados a poner los medios para la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado del estudio e investigación.

En el caso de la investigación científica en general, los miembros de la sociedad tienen la obligación de reconocer los beneficios que se seguirán a largo plazo y los riesgos que conlleva la adquisición de conocimiento y desarrollo de nuevas formas de proceder en los distintos campos de la ciencia<sup>274</sup>.

Este mismo informe determina que el principio de beneficencia va más allá de lo que se entiende como un acto voluntario de bondad o caridad que sobrepasa la obligación moral de hacer una determinada cosa. Lo entiende como una obligación radical, inexcusable, que debe respetar dos reglas fundamentales: no hacer daño y extremar los posibles beneficios a la vez que minimiza los riesgos. Estas tres aseveraciones que definen el principio de beneficencia regirán la puesta en marcha de la metodología encargada de analizar el riesgo/beneficio de una investigación<sup>275</sup>.

---

272 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 37.

273 GRACIA, D., Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética, pág. 83.

274 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. pág. 4.

275 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 122.

Luego lo que hace el Informe Belmont es incluir los dos principios clásicos de beneficencia y no maleficencia en uno solo. Esto puede valer en la investigación, pero en la práctica clínica no parece que deba ser así, pues mientras el primero va a dar lugar a la ética paternalista, sobre la que se ha basado el ejercicio profesional médico durante siglos, el segundo planteará problemas éticos de tan hondo calado como son la eutanasia y la distanasia.

Este principio plantea una serie de problemas. Y el primero, aunque no el más importante, es que no debe ser confundido con la benevolencia, en cuanto esta es un rasgo del carácter o la virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio de otros, mientras que el principio define una obligación, independientemente del carácter del médico. Tampoco debe ser confundido con el principio de utilidad (también llamado de proporcionalidad), que tan sólo es una prolongación del principio de beneficencia positiva<sup>276</sup>.

Hay que distinguir entre la beneficencia, como acto para beneficiar a otros y el principio de beneficencia, en cuanto que proposición normativa que obliga a actuar en beneficio de otros. Viene esto a cuenta de que para algunos no puede hablarse de obligación moral, sino de ideal moral no obligatorio. Sin embargo el principio sí que se entiende como obligación, haciendo distinción entre una obligación de carácter general o inespecífica de promover el bien para los otros, siempre que no acarree un sacrificio importante o altere nuestros planes de vida y una obligación moral específica para con personas concretas como el caso del médico con sus pacientes. El problema está en delimitar cuando sí y cuando no pueden exigirse responsabilidades morales a los médicos por no ser benéficos y hasta donde se pueden exigir esas responsabilidades. De este principio derivan una serie de reglas de enunciado positivo cuyo incumplimiento, habitualmente, no implica repercusiones legales<sup>277</sup>.

Para terminar, indicar que los límites de este principio vienen dados por el principio de justicia y porque no siempre es imperativo. Abunda esta afirmación en lo contenido en el párrafo anterior. A un médico se le puede obligar a cumplir un horario, a realizar una serie de tareas, a hacer diagnósticos y tratamientos correctos. A ello viene obligado ética, deontológica y legalmente. Pero no se le puede obligar a ser amable, cariñoso o querer a los enfermos. Esta no obligatoriedad a veces se compensa con la vocación. Pero eso es una cosa muy personal. Los pacientes se quejan, a veces, de que el médico no atiende a lo que consideran su derecho a ser tratados con amabilidad y con cariño. Sin embargo el médico no tiene ese deber. Nos encontramos, dentro del principio de

---

276 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 245.

277 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 138.

beneficencia, con un aspecto que desemboca en un problema insoluble. Es uno de los problemas que ha traído la socialización de la medicina en la que la relación médico enfermo se ha visto sustituida por la de prestador de servicios usuario<sup>278</sup>.

#### **2.1.1.1. Paternalismo**

*“Paternalismo es el rechazo a aceptar o consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y de capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente”<sup>279</sup>.*

Durante siglos la relación médico paciente ha sido una relación paternalista, derivada del principio de beneficencia, que se fundamentaba en que el estado de sufrimiento de la persona, fruto de su dolencia, la convertía en un ser desvalido incapaz de tomar una decisión ni valerse por sí mismo ya que ésta no solamente afectaba al plano físico sino también al alma. De hecho la palabra enfermo viene del latín *“infirmus”* que significa sin firmeza, débil, referido no sólo a la fortaleza física sino también a la espiritual o moral. De esta forma, el médico, investido de la autoridad que le confiere su rango, actuaba decidiendo lo que él consideraba mejor para el paciente, sin contar con éste, como si se tratara de un menor al que hay que dirigir y decidir por él lo que debe hacer sin tener para nada en cuenta su opinión ni su consentimiento<sup>280</sup>.

Si seguimos la obra de López<sup>281</sup>, en el discurrir ético del médico a lo largo de los siglos, desde la medicina mágica hasta el siglo XIX, hay una constante invariable en la forma de ejercer: paternalismo duro. Será la obra de Percival (1803), *“Medical Ethics”* la que venga a modular, a la baja, esa actitud. El Código de Deontología de la Asociación Médica Americana, que se alimenta de esta obra, justificará formalmente esta nueva manera de entender el paternalismo al defender que al paciente debe decirse la verdad, salvo cuando se trate de pronósticos infaustos, en cuanto que puede ser malo para su salud y su vida, debiendo, entonces, comunicárselo a la familia o allegados. Será a mediados del siglo pasado, al hacer crisis el paradigma ético clásico de la profesión, cuando se instaure el respeto al principio de autonomía, base del nuevo paradigma, y desaparezca, al menos oficialmente, el fenómeno del paternalismo.

---

278 GÓMEZ SANCHO, M., Medicina Paliativa. La respuesta a una Necesidad, pág. 595.

279 GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, pág. 102.

280 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J. y OTROS. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, pág.3.

281 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica.

Contemplamos, pues, como a lo largo de la historia de la ética médica el médico ha entendido los principios de beneficencia y no maleficencia como base fundamental para el tratamiento paternalista de los pacientes, adoptando la postura de que revelar ciertos aspectos de la enfermedad y de su pronóstico puede producir daño y la ética, tal como ellos la entienden, les impide producir ese daño. Decaerá esta actitud con el afloramiento de los derechos de los pacientes y las obligaciones que impone el principio de autonomía como veremos al hablar del núcleo de esta Tesis.

Actualmente hay una cierta controversia en este asunto:

Partiendo de la base de que en la medida de lo posible el médico no debe hacer daño, hay quien defiende que se puede hacer daño diciendo la verdad...y también mintiendo. Por ello entienden que el médico debe procurar hacer “*el menor perjuicio posible, no sólo en el tratamiento con medicamentos o con el bisturí, sino también en el tratamiento con las palabras*” recomendando que, por el bien del paciente, cierta información debe ser retenida o comunicada sólo a la familia y que el respeto a los preceptos impuestos por el principio de autonomía es peligroso porque compromete el pronóstico y es un riesgo para el bienestar del paciente. Otros autores opinan que el paternalismo no está justificado en ningún momento ni circunstancia porque viola los derechos individuales y restringe el libre albedrío, atentando contra el principio de autonomía. Argumentan que no puede ponerse en manos del estado o de un conjunto de personas (los médicos) la autoridad que reside en el individuo y que es este el que tiene el derecho a decidir cuál es su concepción de lo que es bueno para él y nadie puede imponérselo<sup>282</sup>.

En según que casos es posible que ambas posturas tengan razón. Porque hay muchas formas de paternalismo. Hay un paternalismo pernicioso que implica imposición, coerción, engaño, mentira y manipulación de la información con limitación de la capacidad de decisión, con violencia del principio de autonomía. Ese es el moralmente reprobable. Hay, por el contrario, otro paternalismo derivado de la autoridad principal o predominante que se basa en que en medicina clínica no hay principios morales absolutos, excepto el de actuar en beneficio del paciente. Aparecen entonces varias circunstancias en las cuales la beneficencia médica predomina adecuadamente sobre la autonomía del paciente, máxime si este ha tomado decisiones irresponsables<sup>283</sup>.

---

282 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, págs. 261-264.

283 Opus cit., págs. 258 y siguientes.

### 2.1.2. No Maleficencia

Ya su propio enunciado nos avisa la obligación de asumir que no se puede hacer mal o dañar al paciente, respetando su integridad física y psíquica. Para algunos este principio está incluido en el de beneficencia mientras otros defienden que no, que el médico viene obligado, fundamentalmente, a no hacer daño y esto, como principio imperativo, es más importante que hacer el bien. Nos encontramos, en el ejercicio de nuestra profesión, con ocasiones en las que se hace patente la obligación de no hacer daño al paciente, aunque no se esté obligado, o no se pueda, hacerle bien<sup>284</sup>.

López<sup>285</sup> nos habla de que, junto con el de beneficencia, es el más antiguo de los principios que alimentan la ética médica, pues también se remonta a la medicina técnica griega, citando como primera fuente el “*Corpus Hipocráticum*”, si bien, los románticos franceses lo pusieron de moda al acuñar la consabida sentencia de “*primum non nocere*”, lo primero no hacer daño, a los que luego Beauchamp y Childress les adjudicarían, erróneamente, la paternidad del principio. Viene a decirnos, en síntesis, que desde los albores de la medicina técnica hasta nuestros días, el médico ha dado prioridad al hecho de no causar mal antes, incluso, que hacer el bien, basándose en que al ser un principio de enunciado negativo obliga más fuertemente que los positivos.

El concepto de no maleficencia se explica utilizando la expresión de daño o injuria en términos filosóficos, pero en medicina nos referimos al daño (dolor, incapacidad o, incluso, la muerte) que se puede causar a un paciente al hacer algún tipo de maniobra exploratoria o en una acción o aplicación terapéutica. Junto a las reglas que derivan de este principio, que veremos en el párrafo siguiente, hay un criterio importante a tener en cuenta que es el del cuidado debido, que obliga moralmente a proteger a los demás de los riesgos irracionales o por descuido<sup>286</sup>.

En el Informe Belmont, como ya hemos mencionado, no aparece este principio pues está incorporado al de beneficencia. Sin embargo Beauchamp, que formaba parte de la comisión que redactó el informe lo incorporaría a su obra, con el error arriba mencionado. De este principio derivan una serie de reglas de las cuales las más importantes son: no matarás, no causarás dolor o sufrimiento a otros y no privarás a los otros de las cosas buenas de la vida. Estas reglas, al igual que el principio del que derivan, son negativas en su enunciado, prohíben cosas, son imparciales y de su incumplimiento se pueden derivar acciones punibles legalmente, en cuanto que la mayoría están positivizadas jurídicamente en la figura de la negligencia o de la mala praxis. Por último significar

---

284 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J. y OTROS. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, pág.5.

285 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica, pág. 429 y siguientes.

286 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, págs. 183 y siguientes.

que este principio está implicado en los tres dilemas éticos clásicos de la medicina: distinción entre tratamientos obligatorios y opcionales, distinción entre matar y dejar morir y el problema de las decisiones por representación<sup>287</sup>.

La no maleficencia plantea una serie de dudas de las que la principal, aunque parezca extrema, puede ser que, por respetarle, no sea atacada la enfermedad. La instauración de un tratamiento medicamentoso conlleva riesgos por los efectos indeseables o peligrosos que pueden derivarse de la aplicación de los medicamentos. Lo mismo ocurre con el riesgo anestésico o el quirúrgico. ¿Qué hacemos? ¿Por miedo a los riesgos no tratamos? La respuesta es tan sencilla como que aplicar el principio de no maleficencia, de modo absoluto, acabaría con la medicina. Para introducir un cierto orden en el análisis del riesgo/beneficio el jesuita español Tomás Sánchez enunció la doctrina ética del doble efecto y así tener idea de lo ético de una decisión médica. También establece que hay diferencias entre los comportamientos humanos por acción y por omisión en los deberes del quehacer terapéutico y sirve, además, para dejar claro que nunca se puede hacer daño por negligencia, descuido, ignorancia o perversidad, pudiéndose derivar, de lo hecho bajo esos condicionantes, acciones punibles jurídicamente contra el que las realizara, como hemos dicho más arriba. Tampoco se puede utilizar el saber médico para torturar, matar o aplicar la pena capital como ya ha dejado meridianamente claro la Asociación Médica Mundial (W.M.A.) en diferentes ocasiones<sup>288</sup>.

### **2.1.2.1. Eutanasia y Distanasia**

Desde el punto de vista de los dilemas éticos, las consecuencias principales que se derivan del principio de no maleficencia son la intervención del médico en la evolución natural de la enfermedad llevando al extremo el uso de sus conocimientos. Hablamos de la posibilidad de acabar, voluntaria e intencionadamente con la vida del paciente, so pretexto de evitarle sufrimientos o, por el contrario, alargarla innecesariamente más allá de toda posibilidad terapéutica. Hablamos, pues, de eutanasia y distanasia.

Siguiendo a López<sup>289</sup> nos damos cuenta de como el concepto sobre la eutanasia ha evolucionado a lo largo de la historia, pasando de estar permitida y recomendada como “buena muerte”, en el mundo clásico greco romano, cuando la enfermedad humillaba y despojaba de su

---

287 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 137 y 138.

288 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 38.

289 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica, págs. 63 y siguientes.

dignidad al hombre, a ser prohibida por el Juramento de Hipócrates. Este Juramento fue asumido por las tres religiones del libro y con él la prohibición de las conductas eutanásicas. Será retomada la primera actitud por los hombres del Renacimiento siendo defendida por Francis Bacon y Tomas Moro. Este concepto de ayudar y dejar morir a la persona enferma, reforzado por la postura de Binding y Hoche en su obra de 1920, autentico alegato pro-eutanasia, es el precedente del actual.

Para Muñoz<sup>290</sup>, conceptualmente, el término “eutanasia” es, hoy, un poco confuso y de límites poco claros. Apunta que quizá la causa esté en que dicho término es el resultado de una aportación multidisciplinar, que se ha realizado desde muchas ópticas y por eso a los términos se les ha dado distintos contenidos. No obstante, aporta la siguiente definición: “*Conducta propia o ajena, solicitada o ignorada, que origina la muerte de la persona portadora de grave o incurable minusvalía, enfermedad o deterioro corporal, para terminar con el dolor insoportable o porque se estima que ello no hace posible la pervivencia en condiciones humanas*”.

Nosotros aceptamos esta definición conceptual como buena, aunque también nos parece adecuada la que hace Gracia<sup>291</sup> cuando dice que es la “*Acción realizada en el cuerpo de otra persona, a petición explícita y reiterada de esta, con la intención directa de poner fin a su vida*”.

Volviendo al uso de los términos, que apuntábamos más arriba y siguiendo al mismo autor, hay que considerar lo profuso de estos, interesadamente o no, y su manejo casi siempre de forma poco correcta. Para clarificarlos, Muñoz<sup>292</sup>, que distingue en la forma de realización entre la activa o positiva (realizada de forma directa o indirecta) y pasiva o negativa, propone la clasificación siguiente:

- 1.-Eutanasia a la propia vida.-Que se corresponde, en la terminología ética, con la realizada por sí mismo.
- 2.-Eutanasia a la vida ajena.-Que se corresponde a la realizada por un tercero (médico, familiar o amigo).
  - 2.1.-Eutanasia solicitada.-La libremente elegida, que puede ser realizada de las dos formas.
  - 2.2.-Eutanasia ignorada.- La coactiva, que también puede ser realizada de las dos formas.

---

290 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Terrae, Revista de Teología Pastoral, págs. 551 y 552.

291 GRACIA, D., Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética., pág. 420.

292 MUÑOZ GARRIDO, R., “Aspecto Jurídico-Penal de la Eutanasia”, Dilemas Éticos de la Medicina Actual. Publicaciones de la Universidad de Comillas. Javier Gafo (ed.) pág. 195.

Pero hemos de significar que la eutanasia propiamente dicha es sólo la directa (activa o positiva, realizada directamente, según la terminología de Muñoz), es decir, aquella en la que la voluntad del que la practica y del que la recibe es directamente occisiva. Por el contrario la llamada eutanasia indirecta, que no es eutanasia, sería cuando la voluntad del que la practica no es la de provocar la muerte, aunque puede ser que la del que la recibe sí lo sea<sup>293</sup>. Esto también tiene sus matices, en los que no vamos a entrar por razones de espacio.

De cualquier manera, en cuanto al dilema ético que puede significar esta terminología, nos atenemos a la Declaración de 1993 de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico del Consejo General de Colegios Médicos: *“No existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva. Sólo existe eutanasia, una conducta encaminada a matar, por acción o por omisión, a quien padece una enfermedad incurable o unos sufrimientos insoportables”*<sup>294</sup>.

Además de la Comisión Central de Deontología ha habido otros pronunciamientos en este sentido que vienen a acotar los terrenos en los que el médico español debe moverse:

Así la Declaración de la XXXIX Asamblea de la Asociación Médica Mundial (Madrid, Octubre de 1987): *“La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de la enfermedad”*<sup>295</sup>.

Un año más tarde surgió la Declaración de la Organización Médica Colegial española (Pamplona, 1988) sobre la medicina y el final de la vida en la que se pronunciaba sobre ambos extremos, eutanasia y distanasia:

*“1º.-Todo enfermo desahuciado tiene derecho a un exquisito cuidado de la calidad de su muerte. El médico con ciencia, experiencia y conciencia, debe sentir el deber y poner los medios para procurar a cada moribundo su mejor muerte. El enfermo desahuciado es aquel en que ya no existe esperanza alguna de curación.*

*2º.-El médico debe evitar toda acción terapéutica fútil en el enfermo desahuciado. Es fútil todo acto médico inútil sin valor real para el enfermo.*

*3º.-Todo enfermo desahuciado debe recibir los cuidados paliativos adecuados para obtener la mejor calidad posible de cuidados terminales. La O. M. C. insta a todos los médicos españoles, a*

---

293 GRACIA, D., Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética., pág. 420.

294 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Terrae, Revista de Teología Pastoral, pág. 555.

295 Opus cit., pág. 555.

*las Sociedades Científicas y a las Facultades de Medicina a potenciar en su currícula la formación en cuidados paliativos.*

*4º.-La asistencia al enfermo desahuciado, la agonía y el trance de morir deben ser afrontados por el médico con la misma profesionalidad, deontología y compromiso personal que emplea en la preservación o recuperación de la salud del resto de los pacientes.*

*5º.-La O. M. C. declara que la asistencia de la muerte debe ser un acto médico tan cuidado ético, deontológico y científicamente como la preservación de la salud y la vida”<sup>296</sup>.*

Pero se produjeron casos en los que no había una eutanasia directa, sino que el médico (caso Kevorkian) preparaba el sistema que el paciente activaba por sí mismo o ponía a disposición del enfermo los medios para realizar una eutanasia a la propia vida, según la terminología de Muñoz, también llamada suicidio asistido. Por ello, y saliendo al paso de esta forma de eutanasia, en Marbella, en 1992, la XLIV Asamblea de la Asociación Médica Mundial declaró que *“el suicidio con ayuda médica...es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencionada y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho a rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente, y el médico actúa éticamente aun cuando, por respetar ese derecho, el paciente muera”<sup>297</sup>.*

Como colofón a la eutanasia citamos lo preceptuado en el Vigente Código español que, en su Art. 27, deja clara la postura, éticamente correcta, del médico ante el final de la vida de su paciente. Este artículo en su último apartado ordena que *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”<sup>298</sup>.*

Distanasia, también llamada encarnizamiento terapéutico, significa, etimológicamente, *“mala muerte”* y es un empeño obstinado por mantener la vida a toda costa, utilizando todos los medios a nuestro alcance, cuando no hay esperanza alguna de curación y aunque esto signifique provocarle al moribundo unos sufrimientos que se suman a los que por su propia enfermedad padece. Es igual de condenable éticamente que la eutanasia<sup>299</sup>.

---

296 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Terrae, Revista de Teología Pastoral, pág. 556.

297 Opus cit., pág. 556.

298 ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, Código de Ética y Deontología Médica. 1999, pág. 17.

299 GONZÁLEZ BARON, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer., pág. 1233.

Insistimos en que es una actitud reprochable, desde el punto de vista ético, pues el médico tiene el deber deontológico de reconocer que su actuación tiene unos límites y que el abuso de los medios técnicos a su alcance va a suponer para el enfermo y sus familiares sufrimiento gratuito, humillación e indignidad. También es reprochable desde el punto de vista científico, ya que supone un error de indicación terapéutica por desconocimiento del pronóstico exacto o, al menos aproximado, de la enfermedad y la aplicación de tratamientos incapaces de atajar el inevitable curso de ésta. Ya hemos hablado del deber deontológico al invocar, más arriba, lo preceptuado por la Comisión Central de Deontología y por el actual código en su artículo 27<sup>300</sup>.

A menudo nos preguntamos que es lo que impele al médico a esta actitud todavía presente en nuestros hospitales e, incluso, en los cuidados a domicilio. Gómez Sancho<sup>301</sup> apunta como una de las causas el miedo del propio médico ante el sufrimiento y la inminencia de la muerte de su paciente en la que ve, de alguna manera, reflejada la propia. Esta angustia se traduce en un activismo terapéutico que no tiene sentido por los pobres resultados que se esperan obtener en comparación con los medios empleados. El médico debe ser consciente de que todo lo que podía hacerse se ha hecho y aceptar los límites de su poder y no confundir lo que es alargar la vida del enfermo, obligación de todo médico, con la prolongación de la agonía. Algunas veces, menos tratamiento equivale a mejor tratamiento. El argumento de que mientras hay vida hay esperanza puede resultar caro en recursos y en sufrimiento para el enfermo.

El respeto a la vida, en que se basa toda la filosofía de nuestra civilización, no puede ser el único principio a tener en cuenta. Todo ser humano tiene derecho a una muerte digna y hay que sopesar el respeto a los derechos del paciente, de los familiares de este y de los profesionales que le atienden. La medicina paliativa, habitualmente, no significa encarnizamiento terapéutico ni tampoco supone el acortamiento de la vida por medio de alguna forma de eutanasia. Sencillamente sirve para ayudar a cuidar al enfermo al final de sus días respetando, por un lado, la vida de este y, por otro, su derecho a una muerte digna<sup>302</sup>.

La medicina paliativa, tan en auge en los últimos años, tiene un gran valor médico asistencial en la atención al enfermo terminal, proporcionándole unos cuidados integrales (físicos, psicológicos, sociales y espirituales) conforme a su patología, cuando la expectativa médica ya no es la curación, encaminados a lograr el mayor confort posible con absoluto respeto a la dignidad del

---

300 MUÑOZ GARRIDO, R., "Eutanasia: Aspectos Legales", *Sal Terrae, Revista de Teología Pastoral*, págs. 560 y 561.

301 GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina Paliativa. La Respuesta a una Necesidad*, pág. 596.

302 *Opus cit.*, pág. 599.

paciente y su familia. Una forma de determinar la necesidad que la sociedad española tiene de legalizar la eutanasia es la adopción de políticas activas en este sentido dotando equipos multidisciplinares y multiasistenciales, tanto hospitalarios como a domicilio, que además de cumplir con una labor de estricta justicia podrán abordar las necesidades reales de legalización de la eutanasia<sup>303</sup>.

Hay una pregunta que se nos plantea con frecuencia ¿Dónde esta la línea que separa lo que es tratamiento correcto y encarnizamiento terapéutico? Normalmente, en la práctica clínica diaria, es fácil la respuesta. Pero hay casos, afortunadamente pocos, en que es difícil dilucidarlo. La ciencia que hemos aprendido y practicamos no es una ciencia exacta y muchas veces, en situaciones límite sobre todo, el médico no puede preveer con precisión la respuesta al tratamiento. Todas las clasificaciones al uso utilizan el término de la “*esperanza razonable*” del éxito o del fracaso. Ese es el problema. En lo que es razonable y lo que no lo es<sup>304</sup>.

De cualquier manera, y ante la dificultad que algunos casos entrañan, nosotros nos atrevemos a recomendar unas pautas generales que deben seguirse en estos. No descubrimos nada nuevo. Son fruto del sentido común y la experiencia. Debe aplicarse el término razonable según ciencia y conciencia y debe, inexcusablemente, quedar anotado en la historia clínica. Siempre que sea posible se consultará el caso con los compañeros que más experiencia tengan. Si hubiera comisión ética en el centro se consultará con ésta, si el caso y la situación lo permiten.

Nos queda un último asunto que mencionar dentro de este apartado. Es el llamado encarnizamiento preventivo que se ha ido haciendo cada vez más presente a medida que se imponía la llamada medicina basada en la evidencia. Hay una serie de pruebas diagnosticas, algunas de ellas preventivas, que pueden rozar lo moralmente razonable por las consecuencias que pueden acarrear. Para ellas se requiere el consentimiento informado que, además de la información, debe recoger el valor predictivo de la prueba, los falsos positivos que pueden producirse y las consecuencias de un positivo en términos de ventajas e inconvenientes. Será el paciente, una vez recibida toda esta información, el que decida, entonces, si se somete o no a la prueba en cuestión, asumiendo la “*cascada diagnóstica y terapéutica*” a la que puede verse avocado<sup>305</sup>.

---

303 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Terrae, Revista de Teología Pastoral, pág. 561.

304 GÓMEZ SANCHO, M., Medicina Paliativa. La Respuesta a una Necesidad, pág. 601.

305 COMAS FUENTES, “Encarnizamiento preventivo”, A., Jano, nº 1.587, pág. 14.

### 2.1.3. Justicia

Este principio determina que todos los hombres tienen igual dignidad y, por tanto, deben ser tratados con el mismo respeto, sin permitir ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, edad, condición económica, social, etc., exigiendo la distribución equitativa de los recursos sanitarios por lo que ya no sólo afecta al médico y a los derechos del enfermo, sino que también afectaría a los de terceros<sup>306</sup>. Esto último es realmente así pues, habitualmente, no son ni el médico ni el paciente quienes hacen realidad esa justicia distributiva sino que son los que Gracia<sup>307</sup> llama “*terceras partes*”, es decir, el estado, la dirección hospitalaria, el jefe del servicio, etc. Son estos los responsables de canalizar los recursos disponibles para lograr el máximo beneficio sanitario a la comunidad de individuos de cuya salud son responsables.

Significa también dar a cada uno lo suyo, desde el reconocimiento de la dignidad humana, teniendo que ver con la necesidad de compartir, entre todos, cargas y ventajas. Por tanto está relacionado con la obligación de la igualdad entre todos los seres humanos sin distinción, como decíamos más arriba, de credos, color, procedencia, etc. Para el médico, desde el punto de vista profesional, sólo tiene que existir el hombre enfermo al que hay que curar y el hombre sano en quien hay que prevenir la enfermedad, sin otras prioridades que la gravedad y las circunstancias, que para la atención, aconsejen<sup>308</sup>.

En el siglo VI, Justiniano, en sus “*Instituciones*” define la justicia recogiendo la acuñada por Ulpiano, jurista romano del siglo III, afirmando que “*Justitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens: La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho*”<sup>309</sup>.

Los filósofos explican la justicia como el trato equitativo en función de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas y lo hacen desde el manejo de los conceptos de merecimiento, equidad y titularidad, entendiendo que la situación de justicia se presenta siempre que las personas son acreedoras de cargas o beneficios a causa de sus cualidades y circunstancias particulares. Si nos referimos al concepto de justicia distributiva, hemos de hablar de la distribución igual, equitativa y apropiada, regida por unas normas que estructuren los términos de la cooperación social. Su ámbito incluye las políticas de reparto de beneficios y cargas como son la propiedad, recursos, impuestos,

---

306 GONZÁLEZ BARON, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer., pág. 1220.

307 GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, págs. 285-292.

308 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 38.

309 GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, pág. 166.

privilegios y oportunidades. Cuando hablamos del principio de justicia en ética médica nos estamos refiriendo, sobre todo, a la justicia distributiva en cuanto asignadora de recursos y reguladora de estos para la atención médica y la investigación de una forma moral<sup>310</sup>.

Pero hay, además, otro plano que no podemos obviar y que se mueve en el de la relación personal del médico con su paciente y es eminentemente de tipo contractual. Se refiere a la justicia conmutativa por la que el médico está obligado a prestar al paciente la asistencia y el tratamiento convenido en las condiciones acordadas, no pudiendo ser alterados estos aspectos por el primero unilateralmente, salvo causa médica justificada o en situaciones de urgencia, constituyendo esta última una de las excepciones de la obligación de consentimiento informado como veremos en su momento<sup>311</sup>.

En este mismo sentido ya se pronunciaba Aristóteles cuando distinguía dos tipos de justicia parciales, es decir, aquellas que no afectan a la república como un todo, sino a las relaciones entre sus miembros. Una es la justicia distributiva y, la otra, la justicia correctiva o conmutativa. La primera afecta a la relación entre el gobernante y los gobernados y regula el reparto de cualquier cosa entre los distintos miembros de forma proporcional y no igual, mientras que la segunda es estrictamente igualitaria, rige las relaciones de las personas privadas entre sí y el intercambio de productos del mismo valor entre ellas<sup>312</sup>.

Vemos, pues, tres abordajes conceptuales distintos del principio de justicia que, a su vez, se mueven en dos planos distintos. Por un lado el plano general de la medicina y, entonces, hablamos de justicia distributiva en cuanto capacidad asignadora de recursos en materia sanitaria respetando el principio de igualdad. Y el plano de lo personal; la justicia conmutativa, que obliga al respeto de lo acordado entre dos partes, y la forma en que el principio obliga al médico en la relación con el paciente, viniendo el primero obligado a dispensar al segundo un trato igualitario, sin distinción de ningún tipo. Estos dos últimos aspectos no están muy desarrollados en los textos que hemos consultado, que se dedican más a la justicia distributiva. Se supone que, en la ética del médico, esta forma de respeto al principio de justicia, por parte del profesional de la medicina, forma parte de la esencia misma del ser médico.

---

310 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 312.

311 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J.y OTROS.El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, pág.5.

312 GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, págs. 206-209.

Pero siguiendo a Simón<sup>313</sup>, que a su vez sigue a Beauchamp y Childress, debemos distinguir entre el principio de justicia formal, inspirado en la definición aristotélica de que los iguales deben ser tratados de igual manera y los desiguales de manera desigual, y los principios materiales de la justicia que especifican la forma que debe adoptar la distribución de cargas y derechos. De estos principios destacan seis como más importantes: a cada persona una parte igual, a cada persona según sus merecimientos, a cada persona según su esfuerzo, a cada persona según su contribución, a cada persona su mérito y a cada persona según el cambio de libre mercado. Estos principios vienen sustentados por distintas teorías: la utilitarista que defiende criterios de máxima utilidad pública, las libertarias que defienden los del derecho a la libertad social y económica e invocan criterios justos de distribución, las comunitaristas que defienden las tradiciones de la sociedad y las igualitaristas que lo hacen del igual derecho de acceso a los bienes de todas las personas. Todas estas teorías tienen sus ventajas e inconvenientes y los principios que defienden pueden caber todos, en según que circunstancias, no debiendo prevalecer uno sobre otro.

Esto de la justicia como principio está muy bien pero plantea una serie de dificultades y controversias. Por un lado está la limitación de los presupuestos, que los recursos son escasos y hay que establecer prioridades que no siempre son fáciles. Por otro la de los salarios, siempre cortos, particularmente en el sistema público, en el que el médico está mal pagado y en el que se han establecido variables remunerativas no siempre justas. Y, junto a esto, se plantea la finitud de la ciencia, los límites de la medicina, ¿Qué es justo hacer cuando no hay nada que hacer?<sup>314</sup>.

Como generador de controversias apuntar que todo esto es muy complejo pues admite muchas maneras de concebirlo, como que no se pueden imponer cargas a quien no las merece y se deben otorgar los beneficios a quien sí los merece, no pudiendo ser denegados sin una buena razón. La de que los iguales deben ser tratados igualitariamente lleva a que hay que determinar quienes son iguales y quienes no lo son y respecto a qué deben ser tratados igualitariamente. También habría que definir las consideraciones que justificarían una desviación de la distribución igualitaria. A este respecto se admiten las distinciones basadas en una serie de criterios que vendrían a justificar esa desviación como pueden ser la experiencia, carencias, competencia, méritos y posición. De cualquier manera es difícil definir los contenidos del principio de justicia pues depende de la concepción de los criterios materiales que garantizan una justa distribución de cargas y beneficios, aunque se pueden enunciar dos deberes muy genéricos: debes proporcionar a las personas aquellos

---

313 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 139 y 140.

314 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 38.

beneficios y ventajas que les correspondan y no debes imponer a las personas aquellas cargas que no les correspondan<sup>315</sup>. Pero estamos otra vez en las mismas.

Como ya enunciábamos anteriormente, se han propuesto varias teorías para determinar como deben asignarse en la sociedad cargas, bienes y servicios sociales, incluyendo la asistencia sanitaria. Las más aceptadas son las utilitaristas, las libertarias, las comunitaristas y las igualitaristas. Difieren entre si en las formas de justificación y en el criterio material que cada una destaca. Ninguna de ellas es esencial y determinante para la reflexión constructiva sobre la política sanitaria y sus limitaciones son evidentes. Esto hace que exista una considerable controversia en cuanto a las bases teóricas de la justicia distributiva. No existe un consenso social sobre estas teorías por lo que es habitual contemplar cambios en el manejo de los distintos modelos en función de las políticas de turno. Tal vez la aplicación del principio de justicia se debería hacer reconociendo el derecho a un mínimo decente de atención sanitaria dentro de un marco de distribución que incorpore, de forma coherente, normas utilitaristas e igualitaristas que tiendan a contrarrestar la falta de oportunidades causada por loterías sociales y naturales y desde el compromiso, con procedimientos eficaces y justos, en la distribución de los recursos sanitarios<sup>316</sup>.

#### **2.1.4. Autonomía**

Para entender el principio de autonomía nos tenemos que referir al origen etimológico del vocablo, primero, y hacer un breve análisis de su evolución a lo largo del tiempo, después.

Su aparición es muy antigua, debiéndonos remontar al gobierno de las ciudades-estado helénicas hallando que, en este sentido, “*autonomía*” se refería a “*autos*”, propio y “*nomos*”, regla, autoridad o ley. Luego se refería al gobierno de estas por sí mismas. Ya nos habla de libertad para decidir. Posteriormente fue evolucionando asumiendo significados muy amplios que van desde ese mismo concepto clásico en el gobierno de los territorios a la elección, desde la libertad individual, del propio comportamiento<sup>317</sup>.

Parece que hay consenso en que la primera noticia documentada que tenemos, en cuanto al reconocimiento del derecho individual a las propias decisiones sobre la salud, es la sentencia del caso Slater contra Baker y Stapleton en Inglaterra, en 1767, de la que ya hemos hablado. Sin

---

315 SIMON, P. El Consentimiento Informado, págs. 122 y 123.

316 BEAUCHAMP, TOM. L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 319 y siguientes.

317 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica, pág. 441.

embargo, López<sup>318</sup> se retrotrae más en el tiempo al apreciar en la Oración Matinal del Médico, de Maimónides, indicios de respeto al principio de autonomía reflejado en el verso “*Concédeme, Dios mío, indulgencia y paciencia con los enfermos obstinados y groseros*”.

A finales del siglo XVIII, aunque su obra se publicara en 1803, y a caballo entre la medicina paternalista y la concepción actual del respeto al principio de autonomía, encontramos la figura de Thomas Percival. Su concepto de autonomía lo pone de manifiesto a la hora de defender la obligatoriedad ética de comunicar la verdad de la enfermedad y su pronóstico, salvo en los casos en que este sea infausto que deberá informarse a la familia y no al paciente. Este concepto de “*paternalismo juvenil*” se trasladará al código de la AMA (Asociación Médica Americana) que, incluso, copiará párrafos enteros del libro de Percival como ya hemos visto<sup>319</sup>.

La aparición de la anestesia quirúrgica en 1844 plantea nuevos problemas, pues la pérdida de conciencia provocada por el gas anestésico permite al cirujano actuar sin poder consultar al paciente sobre la marcha, convirtiéndose, en un medio que, además de permitir a los cirujanos de la época evitar el dolor, les proporciona la excusa perfecta para evitar el consentimiento del paciente<sup>320</sup>.

A principios del siglo XX empezarán a producirse sentencias en EE. UU. en el sentido del respeto obligado al principio de autonomía de las que la más significativa por su repercusión será la mencionada del juez Benjamin Cardozo en 1914. A mediados de este siglo la relación vertical, que significa el paternalismo, cambia definitivamente siendo sustituida por una más horizontal en la que se respetan y son tenidos en cuenta los criterios y los principios morales de las personas. Esta nueva relación, basada en el principio de autonomía de las personas, se fundamenta en el reconocimiento de la capacidad individual de éstas para tomar las decisiones que les atañen en todos los órdenes de la vida, incluido el referido a su salud. El principio de respeto a la persona (de origen kantiano) viene a significar una nueva concepción moral que, basada en que la dignidad de la persona reside en su autonomía moral y, por tanto, en su libertad, obliga a que todo ser humano sea considerado como autónomo y libre, imponiendo el respeto a su dignidad y autodeterminación. Por tanto deben ser respetadas sus decisiones si se trata de una persona capaz, competente y adecuadamente

---

318 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica, pág. 140.

319 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 82.

320 GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, págs. 159-160.

informada. Así mismo, este principio, obliga al desarrollo de los mecanismos legales suficientes encaminados a la protección de los individuos en los que estos atributos estuvieran limitados<sup>321</sup>.

Entrando en la definición conceptual del principio de autonomía, y siguiendo a Muñoz<sup>322</sup>, hemos de decir que viene a significar tener la capacidad de ser y actuar como persona, pensar, decidir y actuar con libertad, sin coacción, con independencia, libres de violencia, refiriéndose en medicina a la capacidad de autogobernarse, establecer un área de intimidad inviolable en la que nadie, ni siquiera el médico, puede entrar sin permiso, capacidad de elegir por uno mismo entre una cosa y otra, entre una opción terapéutica, otra o, incluso, ninguna. Este principio supone autonomía de pensamiento, de voluntad y de acción, viniendo a definir el principal atributo del sujeto moral que es la libertad, pues sin autonomía no hay libertad, sin esta no hay mérito moral y no cabe responsabilidad.

El establecimiento formal de este principio se lo debemos a la bioética norteamericana y es el Informe Belmont<sup>323</sup> el primero en enunciarlo al afirmar que el principio de respeto a las personas incluye dos convicciones éticas o prerequisites morales: el respeto a la autonomía de las personas y la determinación de proteger a aquellas cuya autonomía está, por las razones que fuere, disminuida. Defiende que la capacidad de las personas de deliberar sobre los proyectos personales y obrar siguiendo esta deliberación es lo que llamamos autonomía. Respetar ésta es un principio moral que nos obliga a respetar las consideraciones y opciones de la persona, absteniéndonos de poner obstáculos a sus acciones a no ser que estas sean claramente perjudiciales para los demás. Mostrar falta de respeto a un individuo, al que consideramos capacitado para ejercer su autonomía, es repudiar sus criterios, negarle la libertad de obrar conforme a estos. Pero también se viola este principio privando al individuo de la información necesaria para formar ese criterio. Pero la capacidad de decidir autónomamente se va adquiriendo con el discurrir de la vida, va madurando con el tiempo, pero algunas personas, por senectud, enfermedad, disminución mental o cualquier otra circunstancia verán disminuida su capacidad de autodeterminación parcial o totalmente, requiriendo distintos grados de protección.

Tradicionalmente, para que el principio de autonomía se exprese en todo su valor, se ha considerado que una acción autónoma debe cumplir tres condiciones: intencionalidad, conocimiento

---

321 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J. y OTROS. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, págs. 4,5, 7 y 8.

322 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 35.

323 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. págs. 3 y 4.

y ausencia de control externo. Gracia<sup>324</sup> añade una cuarta condición: la autenticidad. Si un acto es intencionado, se ha realizado con completa comprensión y sin control o influencia indebida externa, pero no es coherente con el sistema de valores y la actitud ante la vida, propios del que lo realiza, no es un acto auténtico y, por tanto, no es verdaderamente autónomo. Veremos la importancia de esta aseveración cuando desarrollemos los fundamentos y elementos del consentimiento informado.

Pero hay que delimitar si cuando hablamos del principio de autonomía nos estamos refiriendo a la autonomía de las personas, a la de los actos, pues personas autónomas pueden realizar acciones no autónomas, o a las dos cosas. La autonomía personal es el gobierno de uno mismo, libre de interferencias ajenas o de limitaciones personales que impidan la elección de opciones juiciosas y comprensibles. Los actos autónomos son los que realizan las personas intencionadamente, comprendiendo lo que hacen sin influencias externas que mediatocen su acción. La optimización del principio de autonomía estaría en el cumplimiento del deber de ayudar a las personas a realizar sus planes de vida potenciando al máximo todas sus capacidades para tomar decisiones autónomas. La expresión paradigmática en medicina de estas expresiones, que definen el principio de autonomía, es el consentimiento libre e informado de los pacientes antes de proceder a una intervención diagnóstica, terapéutica o de investigación<sup>325</sup>.

Las teorías sobre la autonomía son muchas y variadas y no vamos a entrar en su análisis por razones de espacio y porque todas vienen a coincidir en que ésta es la capacidad, como ya hemos señalado, de decidir por sí mismo, incluyendo como condicionantes la comprensión, el razonamiento y la reflexión para poder proceder a una elección independiente. Pero en la realidad cotidiana tropezamos con que personas con todos esos atributos, en determinadas circunstancias, no son capaces de tomar decisiones, bien sea por limitaciones temporales (enfermedad, depresión, anonadamiento, etc.), por ignorancia o por cualquier otra razón. Considerar que la toma de decisiones por los pacientes debe ser absolutamente autónoma es pura utopía. Si damos una vuelta alrededor de nuestro quehacer diario como médicos nos damos cuenta de que pocas, por no decir ninguna, de las decisiones de nuestros pacientes son total y absolutamente autónomas<sup>326</sup>.

La controversia surge del propio concepto de autonomía. Porque autonomía implica racionalidad y conocimiento y malamente puede decidir un paciente sobre una opción terapéutica si no tiene unos conocimientos básicos. Aquí entramos en la relación asimétrica médico-paciente. Es

---

324 GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, págs., 184 y 185.

325 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs., 135-137.

326 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, págs., 114 y 116.

una realidad tangible y constatable cada día en el ejercicio. Y no solamente por una diferencia en la formación intelectual e, incluso, técnica. Las situaciones de anodamiento se dan también entre compañeros de la profesión médica, impidiendo la libre elección. Por eso es, en el respeto a este principio, donde el esfuerzo del profesional de la medicina debe alcanzar unas cotas de gran altura, para que el paciente pueda ejercer este derecho desde un mínimo conocimiento y ejercicio de su libertad. Pero este principio es de doble vía, porque lo mismo que el médico debe respetar la autonomía del paciente, este debe saber que no puede imponer su voluntad a aquel, que también es agente moral y, por tanto, tiene su autonomía<sup>327</sup>.

Como colofón, dejar constancia de que las exigencias específicas del principio de autonomía no están bien delimitadas, de forma que puede someterse a interpretación con el riesgo de que si no le consideramos dentro de un sistema de principios corremos el riesgo de magnificarle. Son muchas las situaciones en las que el peso de la autonomía es mínimo y el de beneficencia o no maleficencia máximo. Igualmente, al adoptar medidas públicas en la asistencia sanitaria podemos encontrarnos con que la necesidad de respetar el principio de justicia sea superior a la obligación de respetar el de autonomía<sup>328</sup>.

#### **2.1.4.1. Consecuencias del principio de Autonomía**

Todo el mundo señala que la principal consecuencia del principio de autonomía es el consentimiento libre e informado. Nosotros queremos mostrar nuestro desacuerdo con tal corriente de pensamiento pues entendemos que la principal consecuencia derivada del respeto a este principio es la crisis y caída del paradigma ético clásico basado en el paternalismo y el nacimiento de un nuevo paradigma ético de la profesión médica.

Cuando López<sup>329</sup> habla del paradigma ético clásico de las profesiones establece la diferencia entre profesión y oficio, delimita unas características propias de ésta, deja sentado como la profesión médica goza de una moral especial distinta de la del común y conviene en que el poder y la autoridad de decidir lo que es bueno o malo para el paciente está sólo y exclusivamente en manos del médico, sin que el paciente pueda hacer otra cosa que ver, oír, callar y obedecer. Paternalismo puro y duro en el que moralmente se ha sustentado el trabajo del médico durante milenios.

---

327 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 35.

328 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 172.

329 LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica, pág. 14 y siguientes.

En el capítulo 18 de su obra<sup>330</sup> analiza la crisis y caída del paradigma ético clásico de las profesiones y, en particular, de la profesión médica, razones y consecuencias de ello. Y como primera y fundamental consecuencia la imposición, lenta, paulatina, inexorable y, a veces, dificultosa y traumática, de un nuevo paradigma ético que de sentido moral a nuestros actos como profesionales del arte de sanar en una sociedad moderna consciente de sus derechos individuales y colectivos. Dibuja los rasgos fundamentales del nuevo paradigma ético que viene a fundamentar en una serie de características de las que destacamos la responsabilidad jurídica, la excelencia moral y profesional y el respeto al principio de autonomía de las personas.

Luego, en contra de lo que la comunidad científica defiende, nosotros apostamos porque la primera consecuencia del principio de autonomía es la crisis y caída del paradigma clásico de la profesión y el establecimiento de un nuevo paradigma. A continuación vienen las otras dos consecuencias: el consentimiento informado y el establecimiento, por parte del individuo, de lo que es una necesidad de salud.

Del consentimiento informado, cuya evolución histórica ya hemos expuesto, nos ocupamos en el apartado siguiente. Atendemos ahora a esa otra consecuencia.

El reconocimiento del principio de autonomía del paciente ha supuesto que la medicina deja de establecer qué es una necesidad sanitaria. Por primera vez en la historia son los usuarios los que deciden lo que es una necesidad de salud y acuden al correspondiente sistema sanitario a que se la solucione, cosa que no siempre ocurre, generando la lógica frustración en el usuario y el consiguiente descontento en el médico. Estamos hablando de un cambio histórico en la toma de decisiones. Y no sólo en la decisión de hacer esta o aquella prueba diagnóstica o acometer un determinado planteamiento terapéutico, que también. Lo importante es que ha cambiado la toma de decisiones en cuanto a la fijación de criterios de lo que es salud y de lo que es enfermedad, de lo que es una necesidad sanitaria. Ha pasado de la medicina al usuario.

Por tanto, al final, lo que también establece el principio de autonomía es la aceptación de que el paciente es autónomo para decidir que es y que no es una necesidad sanitaria. Luego lo que establece no es un deber sino que expresa un derecho. Al revés que los otros principios, que expresan obligaciones y, por tanto, imponen deberes en el sentido kantiano, la autonomía reconoce el derecho a elegir y sobre todo a decidir, por parte del usuario del sistema, sobre lo que es una necesidad sanitaria. Esto le da una nueva dimensión a la ética<sup>331</sup>.

---

330 LÓPEZ MARTÍN, S., *Ética y Deontología Médica*, pág. 319 y siguientes.

331 GRACIA, D., *Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética.*, pág. 84.

Pero hemos de significar que en los últimos tiempos se está asistiendo a una hipertrofia de este principio, a una especie de sacralización, abriéndose paso la necesidad de que debe ser armonizado con el resto de los principios, de acuerdo con las circunstancias concretas de cada caso. Autonomía, como ya hemos dicho, no significa que cada paciente elija lo que quiera sino que también éste viene obligado a respetar a los demás y al médico, en cuanto profesional cualificado que sabe, o debe saber, cual es la mejor solución en cada caso clínico que se le presenta. Esta hipertrofia ha dado paso a la progresiva judicialización de la medicina y, por ende, a la medicina defensiva. Los pacientes no conocen los límites de nuestra ciencia y han llegado a creer que la medicina lo puede todo y que la no resolución positiva de su patología es debida a la impericia o mala praxis del médico y acuden en busca de la correspondiente indemnización. Esto ha hecho que el médico vea a aquel como un potencial agresor, lo que quiebra la normal relación y le hace recurrir, para evitar un posible conflicto legal, a criterios científicos y exploraciones, exagerados en algunos casos, que justifiquen su actuación ante el juez. Se ha quebrado el libre ejercicio de la profesión, la relación médico paciente y se ha disparado el gasto sanitario<sup>332</sup>.

#### **2.1.4.2. El principio de Autonomía en España**

Aunque el enunciado de este apartado se refiera a su implantación y desarrollo en España pecaríamos de pobreza intelectual si lo descontextualizáramos de la evolución general, en esta sociedad globalizada, en los países de nuestro entorno que, decididamente, tienen una influencia importantísima en la ética médica española, ya sea por cuestiones morales o legales. Lo haremos siguiendo, fundamentalmente, el trabajo de Simón<sup>333</sup>.

A partir de la Segunda Guerra Mundial y, sobre todo, a partir de la proclamación en la ONU de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, cobra vigor, en las sociedades occidentales, el lenguaje de la defensa de los derechos civiles. Pero será en la década de los sesenta cuando el principio de autonomía comience a infiltrarse en la sociedad civil y en la vida privada de las personas. Al calar en los estratos más profundos de la sociedad se extenderá a colectivos más concretos como es el caso de los pacientes. Serán, una vez más, los EE.UU. de América los primeros en recoger estas demandas, mientras que en el continente europeo habrá una actitud de pasividad que casi ha durado hasta el presente.

---

332 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J. y OTROS. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, págs. 4,5, 7 y 8.

333 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 69-72.

Como consecuencia de la “*Nueva Frontera*”, enunciada por J. F. Kennedy, se crean los programas Medicare y Medicaid, que permitirán el acceso al sistema sanitario de un gran número de personas que antes quedaban marginadas. El numeroso colectivo de consumidores de servicios sanitarios se organizará y comenzará a tener un peso decisivo en el proceso de definición del tipo de producto que se les ofrecía. Así, cuando una organización privada de hospitales americanos, la Comisión Conjunta de Acreditación Hospitalaria (JCAH), inició la revisión de su reglamento negociará, en 1970, con la National Welfare Rights Organization (NWRO), importante organización de consumidores, el reconocimiento de los derechos de los pacientes. Tres años más tarde, e influida decisivamente por este reglamento, la Asociación Americana de Hospitales (AHA), aprobará la primera Carta de Derechos del Paciente. En 1974, el Departamento Federal de Salud, Educación y Bienestar (DHEW) recomendará a todos los centros sanitarios del país que acepten y respeten dicha carta. En los años siguientes los estados legislarán en este sentido. Adquiere, pues, carta de naturaleza el derecho a la autonomía del paciente.

En las naciones del continente europeo las cosas han ido más lentas y puede afirmarse que la preocupación se ha circunscrito, fundamentalmente, a las instituciones europeas con difícil contagio a los países integrantes de esas instituciones. Así, no será hasta 1976 cuando se inicie un proceso que, arrancando con la Recomendación 779 sobre los derechos de los enfermos y moribundos, culminará con la firma en Oviedo, el 4 de Abril de 1997 por los estados miembros de la Unión Europea, del “*Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*”.

Previamente, en 1979, el Comité Hospitalario de la Comunidad Económica Europea aprobó la carta del enfermo usuario del hospital en la que insistía en el derecho de los pacientes a la información y el consentimiento. El Parlamento Europeo aprobó, en 1984, una resolución instando a los países miembros a la redacción y aprobación de una Carta Europea de Derechos de los Pacientes. Por su parte, la Oficina Europea de la OMS, en 1986, publicó un informe en el que, entre otras cuestiones, pone de manifiesto la pobre situación de los derechos de los pacientes en los diversos países europeos. Este informe será completado con uno posterior y más detallado, de 1993, en el que constataba la desprotección, en algunos casos, y la deficiente regulación, en otros, de estos derechos, si bien hace hincapié, así mismo, de que se estaban poniendo en marcha iniciativas legislativas de tipo civil o de tipo administrativo encaminadas a paliar estos déficits.

En España, y seguimos a González Moro Prats<sup>334</sup>, comienza a atisbarse en la década de los setenta una cierta inquietud en las clases médicas y en los órganos rectores de la sanidad. La primera vez que aparece en una norma legal española es en el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 7 de Julio de 1972. En esta norma se recoge que los enfermos tenían derecho a autorizar, bien directamente o a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad.

Con el cambio de régimen político las cosas se desarrollarán más deprisa. La Constitución Española de 1978 recogerá el derecho a la autodeterminación, que tiene su fundamento en la libertad y la dignidad de la persona humana. Las leyes aprobadas por el parlamento desarrollarán este principio de respeto. Así, en 1984, se promulga la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes como instrumento básico del Plan de Humanización de los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud. La Ley General de Sanidad, de 14 de Abril de 1986, en sus artículos 9, 10 y 11 describe los derechos y deberes del paciente según el mandato del Artículo 43 de la Constitución. La ley 41/2002 de autonomía del paciente derogaría la mayor parte de este articulado y lo redactaría de acuerdo a lo estipulado en el Convenio de Oviedo.

Como hemos dicho, el 4 de Abril de 1997, se firma lo que comúnmente conocemos como el Convenio de Oviedo que entraría en vigor en nuestra nación el 1 de Enero de 2000. Hablaremos más detenidamente de él al hablar del Consentimiento Informado. Como consecuencia de éste, y ante la necesidad de adecuar nuestra legislación a él, se aprobará la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica. Es una ley básica y, por tanto, afecta a todo el territorio nacional, marcando unos mínimos a partir de los cuales, y conforme a ella, las Comunidades Autónomas pueden legislar. Aunque hablaremos más detenidamente de ella, en el apartado referido a la legislación española con respecto al consentimiento informado, hemos de decir que afirma que el respeto a la dignidad humana, a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. También dispone que toda actuación sanitaria requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes y usuarios. Reafirma el principio de autonomía al añadir

---

334 GONZÁLEZ MORO PRATS, L., <http://www.murciapediatrica.com>.

que todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y que tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley. Los facultativos y demás personal interviniente vienen obligados a respetar la decisión del paciente. Da a éste el derecho a elegir médico y hospital en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes. Por último, al regular las instrucciones previas, otorga el derecho al paciente a decidir libremente para los supuestos de que no esté en condiciones de hacerlo.

### **3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En este apartado vamos a estudiar el C.I. como una de las consecuencias del principio de autonomía, pero sin perder de vista que debe ser integrado en la totalidad equilibrada de los principios que alimentan y sostienen el discurrir ético del médico. Y por ello atenderemos primero a su fundamentación ética. Hablaremos de ella en la ética médica americana, su lugar de nacimiento, y luego en la española, ampliando en esta última el horizonte, por razones obvias, al estudio de la fundamentación jurídica y evitándolo, en cuanto a la norteamericana se refiere, pues básicamente quedó explicado cuando hablamos del desarrollo histórico del consentimiento. A continuación analizaremos los elementos que lo conforman y las herramientas a utilizar para su obtención, haciendo una diferenciación entre la clínica y la investigación, para continuar con la regulación normativa, ya referida a España exclusivamente, y terminar el capítulo con las excepciones y los problemas que plantea.

#### **3.1. Fundamentación Ética y Jurídica del C.I**

Realmente el C.I. se impone en la práctica médica a golpe de sentencias, de ahí que haya pocas publicaciones en la literatura norteamericana que fundamenten, desde el punto de vista moral, la teoría del C.I. Citamos las cinco más importantes:

La primera publicación de una cierta entidad es la de Benjamin Freedman en 1975 en el *Hastin Center Report* y que viene a hacer hincapié en la necesidad de definir una doctrina moral unificada de lo que se quiere que sea el C.I., que establezca los principios morales que lo sustentan y los elementos que lo componen a fin de poder establecer una discusión que venga a concretar, desde el punto de vista moral, la idea del C.I. que, por ahora, es un tanto amorfa.

En 1978 el Informe Belmont hacía su aportación a la fundamentación moral del C.I. en la investigación, dentro de una teoría moral unificada, encuadrándolo en el marco de una ética principialista y como consecuencia del principio de respeto a las personas, sin tener nada que ver con los principios de justicia y beneficencia. Luego, la fundamentación moral del C.I. es, precisamente, el deber de respeto a las personas y sus decisiones autónomas.

La tercera publicación, a la que queremos hacer referencia, es de 1982 y es el informe *“Making Healt Care Decisions”* que emite la President’s Commission y cuyo capítulo dos se dedica a establecer los fundamentos éticos del C.I. en términos de valores. Estos valores son los que deben guiar todo el proceso de toma de decisiones en conjunto y los circunscribe a dos que

considera fundamentales: la promoción del bienestar de los pacientes y el respeto a la autodeterminación de estos. Respecto a lo primero se guiará por los criterios médicos objetivos y cuando estos no existan, o no estén claros, entienden que se debe dejar al criterio del paciente, sin que esto quiera decir que éste pueda decidir sin ningún tipo de límites, debiendo ceñirse a las prácticas médicas aceptadas y validadas. Sin embargo, debe respetarse la decisión del paciente de que no se haga nada, lo que nos lleva a la segunda fundamentación: El respeto a la autodeterminación o autonomía del paciente en cuanto “*ejercicio individual de la capacidad para formar, revisar y acometer planes de vida personales*” no fundamenta solamente la idea de que atender este derecho nos permitiría delimitar mejor en que consiste el bienestar del paciente, sino que además lleva implícito el que este respeto es la expresión que se debe a la persona y, ejerciéndole, estamos protegiéndola de la arbitrariedad o el abuso a que pueda ser sometida. En definitiva, lo que viene a fundamentar es que las decisiones en materia de salud deben ser tomadas por parte del paciente, siempre que se den todas las condiciones de una libre decisión, limitándose el médico a proporcionar toda la información necesaria.

En 1986, Faden y Beauchamp en su obra “*Historia y Teoría del Consentimiento Informado*” y Beauchamp y Childress en las sucesivas ediciones de la suya, ya citada, fundamentan el C.I., desde el punto de vista moral, en el respeto al principio de autonomía. Entienden que, en la investigación, primero estuvo regido por el principio de no maleficencia, pero a medida que avanza y se va desplazando hacia la asistencia médica queda justificado por el de autonomía, no teniendo ninguna influencia el de beneficencia.

La última publicación que queremos traer es a la obra de Appelbaum, Lidz y Meisel: “*Consentimiento Informado: Teoría Legal y Práctica Clínica*” (1987) en la que vienen a establecer dos modelos de aplicación del C.I. en la práctica clínica norteamericana: El modelo puntual, de carácter más legal que otra cosa, es el que establece la información completa y adecuada por parte del médico en el momento en que se va a realizar el proceso, sin mayor preocupación por la comprensión de este por el paciente y en el que el formulario de consentimiento es el elemento central. El modelo de proceso, por el contrario, está basado en la participación activa del paciente en la toma de decisiones como una parte más de la relación médico paciente. Se trata de una puesta en común, por parte de ambas partes, de su idea de salud y enfermedad y tratar de llegar a alguna forma de consenso<sup>335</sup>.

---

335 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 144-150.

La fundamentación ética en España corre a cargo, esencialmente, de Diego Gracia influido, a su vez, por Zubiri. Gracia modifica los enunciados de Beauchamp y Childress en el sentido de que jerarquiza los principios y asienta sus fundamentos en dos niveles: ética de mínimos constituida por los principios de no maleficencia y justicia, y la ética de máximos por los de beneficencia y autonomía. El C.I. se fundamenta en el cumplimiento, por parte del médico y de las instituciones, de los principios que sustentan ese segundo nivel (obligación de beneficencia y respeto a la autonomía del paciente) y que dan contenido a la relación clínica. Pero esto son obligaciones morales cuya violación debería llevar aparejada la condena moral pero no la sanción jurídica. Y esto no es así, pues la justicia obliga a la obtención del consentimiento y si no se hace así puede acarrear castigo legal. Luego la fundamentación de Gracia falla. Por ello Simón<sup>336</sup> defiende otro sistema de fundamentación:

Partiendo de que la teoría del C.I. trata de expresar la idea fundamental del respeto a la autonomía del paciente, por un lado y de que este tiene derecho a participar en la toma de decisiones, expresando lo que entiende que es mejor para él, por otro, hemos de concatenar estas dos ideas y fundamentar en ellas todo el desarrollo del C.I. Así define la obtención de éste como una obligación perfecta del médico pues surge del derecho de los pacientes a que sea respetada su autonomía a la hora de decidir que quieren hacer con su vida y su salud. Y la violación de esta obligación implica responsabilidades subjetivas que pueden, en caso de daño, acarrear sanciones civiles o penales. Por otra parte, el médico establecerá un modelo de relación que procure la participación en la toma de decisiones desde la oferta de alternativas, si las hubiera, siendo esto una obligación moral imperfecta no pudiéndose, por tanto, exigir responsabilidades legales por ella. Pero, además, las organizaciones sanitarias tienen que habilitar su funcionamiento de tal manera que garanticen a los usuarios, mediante procedimientos establecidos, el ejercicio de sus libertades y derechos y, de no hacerlo así, incurrirán en responsabilidades objetivas por las que pueden ser encausadas judicialmente. También, desde el punto de vista moral, podríamos afirmar que esas organizaciones no solamente violan el principio de autonomía sino el de justicia, pues este no solamente se refiere a la distribución equitativa de cargas y beneficios, sino también a la dotación de mecanismos encaminados a preservar el ejercicio de libertades y derechos por parte de los usuarios.

---

336 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 174 y 175.

La fundamentación jurídica la abordaremos desde las máximas reglas legales que son el Convenio de Oviedo como norma supranacional y la Constitución Española como norma nacional inspiradoras y fuente de las leyes que lo desarrollan y que veremos en el correspondiente apartado. Así mismo estudiaremos, brevemente, su presencia en el derecho civil y penal y en la jurisprudencia.

El Convenio de Oviedo, que estudiaremos más detalladamente, dedica el Cap. II (Art. 5 al 9) íntegramente al C.I., señalando que la primera y fundamental cuestión es la garantía del proceso de participación del paciente en la toma de decisiones. Así el Art. 5 determina la regla general del consentimiento, dedicando el 6 y el 7 al problema de las personas que no poseen la suficiente capacidad, por edad o trastornos mentales, para otorgarlo, el 8 a las situaciones de urgencia y el 9 a las decisiones de los pacientes que lo otorgaron antes de volverse incapaces<sup>337</sup>.

El sustrato constitucional español del C.I. viene recogido en los Art. 1.1, 10.1 y 15. Estos artículos vienen a decir que los valores superiores del ordenamiento jurídico español han de ser la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político, y que ese ordenamiento deberá ir encaminado a la defensa de la dignidad de la persona, del derecho a la vida y a la integridad física y moral<sup>338</sup>.

Sintetizando al máximo, y de una forma generalizada, para que el C.I. pueda entenderse válido, lo que la doctrina y el derecho civil y penal españoles establecen es que deberá estar fundamentado sobre los siguientes elementos:

1.- El primero de ellos es la no presunción del consentimiento por parte del paciente, debiendo ser otorgado antes de la realización del acto.

2.- Debe ser voluntario y libre, sin que medien coacciones, amenazas, engaño o error.

3.- El paciente debe tener, para poder otorgarlo, capacidad suficiente y, de no ser así, será otorgado por sus representantes legales.

4.- La información recibida por el paciente deberá contemplar el motivo de la intervención, la urgencia si la hubiere, el alcance, gravedad, riesgos, modalidad, consecuencias, efectos secundarios y alternativas, si las hubiera. La información deberá darse de una forma sencilla, inteligible y leal, de tal forma que el sujeto pueda contar con los elementos de juicio suficientes como para poder decidir si desea que se le haga o no. La información no se dará si el paciente, de forma expresa y concluyente, renuncia a ella.

---

<sup>337</sup> SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 177.

<sup>338</sup> Opus cit., págs. 178-181.

5.- La emisión del consentimiento puede ser de forma oral o escrita aunque, en los supuestos que previenen actualmente las leyes, habrá de ser obligatoriamente escrita. En cualquier momento el paciente tiene derecho a revocar el consentimiento si así lo desea.

6.- Sólo es válido el consentimiento para aquellos actos para los que ha sido otorgado<sup>339</sup>.

Hacemos dos breves anotaciones:

1.- La reflexión doctrinal del derecho penal español contempla fundamentalmente dos tipos de delitos en relación al C.I.: delitos de lesiones y atentados contra la libertad personal (delitos de amenazas y coacciones y, más raramente, la detención ilegal). En síntesis estos dos tipos de delitos vienen a significar la realización de un tratamiento médico sin consentimiento del paciente que algunos penalistas reclaman que sea tipificado de tratamiento médico arbitrario como tipo de delito<sup>340</sup>.

2.- El derecho civil español deja sentado que la relación médico paciente es una relación fundamentalmente privada y por tanto tiene un carácter contractual que regula, básicamente, éste. Su naturaleza jurídica no goza de consenso, aunque últimamente se inclina por una relación de contrato de arrendamiento de servicios, ya sea de forma individual o colectiva. En la segunda forma la responsabilidad civil es más difusa. Siendo, pues, una relación contractual, independientemente de cual sea su naturaleza jurídica, el consentimiento y el derecho a la información previa a este cobra una mayor importancia y así lo entiende y regula el Código Civil español<sup>341</sup>.

La primera y principal jurisprudencia en materia de información y C.I. la sentó el Tribunal Constitucional en su sentencia de 11 de Abril de 1985, sobre la interrupción voluntaria del embarazo en la que establece, como requisito indispensable del consentimiento, la información. El Tribunal Supremo se ha pronunciado innumerables veces sobre este asunto, tanto en lo penal como en lo contencioso-administrativo y en lo social. Lo mismo ocurre con los tribunales de justicia regionales. Por no ser excesivamente prolijos no enumeramos las sentencias que, por otra parte, son públicas<sup>342</sup>.

Como colofón final a la jurisprudencia española resumimos que viene a sentar unas bases jurídicas que podemos resumir en:

---

339 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 212 y 213.

340 Opus cit., pág. 183.

341 Opus cit., pág. 187.

342 Opus cit., pág. 191.

1.- El C.I. es un derecho del paciente que debe ser respetado por profesionales y centros sanitarios, formando parte de la “*lex artis ad hoc*” y cuya violación genera responsabilidad subjetiva (civil o penal) de los primeros y objetiva de la administración y de los segundos.

2.- En los casos de “*medicina voluntaria*” (cirugía estética, vasectomía, ligadura de trompas, etc.) se habrá de ser especialmente cuidadoso, pues la obligación se aproxima a los resultados.

3.- Si el médico cumple adecuadamente con el deber de información y la obtención del C. I. es el paciente el que asume los riesgos. En caso contrario será el médico el que habrá de responder si se materializan éstos pudiendo, además, exigirse responsabilidad objetiva a la administración o a la institución, si puede demostrarse que existe correlación entre la actuación del profesional y el daño causado por un mal funcionamiento de los servicios.

4.- Deberá guardarse constancia escrita de la obtención del C. I. en forma de formulario, resultando útil la anotación en la historia clínica. Excepcionalmente los tribunales podrán otorgar validez a la información oral como base de la obtención del consentimiento.

5.- La información que se le proporciona al paciente deberá contener las características de la intervención, diagnóstica o terapéutica, sus ventajas e inconvenientes, riesgos, evolución previsible y cuidados que debe tener, alternativas posibles y si los medios de que consta el centro son suficientes para llevarla a cabo.

6.- El estándar de información que debe utilizarse, en el caso de riesgos y efectos secundarios, implica las consecuencias seguras, los riesgos típicos y los riesgos personalizados<sup>343</sup>.

### **3.2. Elementos del Consentimiento Informado**

Definimos como elementos del C.I. el conjunto de normas y reglas que nos indican los pasos a seguir para la obtención de un consentimiento libre e informado del paciente, las excepciones que hemos de contemplar y las herramientas prácticas de que disponemos para la materialización de éste. Entre los primeros distinguimos dos niveles: El primer nivel, basado en los principios de no maleficencia y justicia, y que serían las reglas encaminadas a asegurar la voluntariedad, información, competencia o capacidad, respeto a las decisiones y el registro del consentimiento. El segundo nivel, basado en el principio de beneficencia, enfocado a la optimización en el respeto y cumplimiento de esas reglas. Las excepciones vendrán dadas fundamentalmente por el peligro que

---

343 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 206.

pueda suponer para la salud pública, orden judicial, urgencia vital inmediata, incompetencia o incapacidad del paciente, rechazo de la información por parte de este y el privilegio terapéutico. Las herramientas de aplicación práctica son esencialmente dos: las que facilitan la información y la comunicación y las que lo hacen con la evaluación de la capacidad<sup>344</sup>.

Si nos atenemos a los elementos propiamente dichos, y ateniéndonos a la bioética norteamericana, para lo cual debemos seguir a Beauchamp y Childress<sup>345</sup>, estos, fundamentalmente son dos: el elemento informativo y el de consentimiento o aceptación. El primero consiste en que la información sea expuesta y comprendida, el segundo se refiere a la decisión libre y voluntaria de someterse a la intervención exploratoria, terapéutica o experimental propuesta. Establecen como componentes analíticos la competencia, exposición, comprensión, voluntariedad y consentimiento, considerándolos como las piezas que permiten construir un C.I. o evaluar uno ya existente. Pero, dentro esta ética de raíz anglosajona, no podemos pasar por alto lo preconizado para la investigación, a estos efectos, en el ya mencionado Informe Belmont<sup>346</sup> que, arrancando del reconocimiento de la existencia de una cierta controversia sobre la naturaleza y posibilidad real de un consentimiento informado, entiende que para que éste tenga validez debe constar de tres elementos: información, comprensión y voluntariedad. Lo veremos más detenidamente en los próximos apartados.

En España, Gracia y Júdez<sup>347</sup> defienden que a la hora de analizar el C. I. hay que tener en cuenta, por un lado, los elementos normativos y, por el otro, las herramientas prácticas para llevarle a cabo. Aunque parezca obvio, hay que decir que no en todos los casos van a estar de acuerdo y, a veces, concatenar ética, legislación y práctica clínica va a ser tarea difícil. Establecen que los elementos normativos habrán de comprender un proceso dialogado y deliberativo continuo, la voluntariedad del paciente libre y querida, una información suficiente al menos sobre las consecuencias, riesgos generales y particulares y contraindicaciones del proceso que se pretende, que además sea comprensible y adaptada a las cualidades del individuo objeto de este, que habrá de tener capacidad suficiente para comprenderla y que será establecida por el médico y, por último, después de la deliberación, la decisión.

---

344 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 209.

345 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, págs. 137 y 138.

346 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. pág. 6.

347 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la Práctica Clínica, pags. 43-45.

En general vemos que tanto la ética norteamericana como la europea coinciden en que hay tres elementos que deben ser considerados fundamentales: la información, la comprensión y la capacidad para tomar decisiones. Analizamos, a continuación, estos y otros elementos, en la clínica y en la investigación, desde la óptica de la ética norteamericana y desde la europea.

### **3.2.1. En la Clínica**

#### **3.2.1.1. La Información**

El primer elemento de importancia con el que nos tropezamos es la información que se proporciona. Es uno de los aspectos que más debe cuidar el profesional en el proceso de C.I. Quizá sea más importante la calidad que la cantidad. Es algo que debe evaluar el profesional para asegurarse que el paciente recibe una información, asumible y comprensible, que le ayude a implicarse en el proceso de decisión. Es posible que no quiera saber mucho y delegar en parte la toma de decisión o que, por el contrario, exija una explicación detallada incluyendo alternativas poco habituales. Si cualquiera de estas actitudes responde a una verdadera voluntad autónoma, es legítimo<sup>348</sup>.

La President's Commission (en adelante, P.C.) norteamericana, recomienda que debe realizarse en tres ámbitos distintos: el estado de salud del paciente y el pronóstico si no recibe tratamiento; la intervención o intervenciones que se consideran adecuadas para esa enfermedad y en que consisten (riesgos, beneficios probables y curso esperable) y la opinión del profesional de lo que se considera mejor alternativa para esa patología concreta. Hace hincapié en este último punto, entendiendo que el médico no puede limitarse a una exposición neutral y aséptica de las posibles alternativas, sino que se espera de él juicio y consejo experto sin que esto deba inducir a coacción en la toma de decisión del paciente. Añadir que, recientemente, se han ido incorporando nuevos elementos a la información como son el coste del tratamiento o la revelación, por parte del médico, de su experiencia en ese tipo de intervención (aunque esto está siendo muy discutido). Lo difícil está en describir un estándar de información por el cual guiarse y aquí la P.C. hace un enfoque esencialmente ético alejándose de los aspectos legales, entendiendo que debe ir vinculado a las necesidades que el médico detecta en el paciente en el contacto e intercambio de información que se produce en el curso del proceso de comunicación. En este proceso el médico descubre las necesidades del paciente, su escala de valores, sus objetivos vitales, capacidad intelectual y estado

---

348 FARRERAS VALENTI, P., ROZMAN C., Medicina Interna, pág. 61.

emocional. Al profesional sanitario se le pide un esfuerzo emocional e intelectual para traducir el lenguaje médico a una forma de expresión asequible, comprensible y adaptada, a los esquemas de su paciente. Y este coste debe entenderse como propio e ineludible de la responsabilidad profesional.

Beauchamp y sus colaboradores no se alejan mucho de lo que la P.C. preconiza. También para ellos los estándares legales, basados simplemente en la práctica profesional o en el de la persona razonable, son insuficientes en cuanto que no responden a la idea moral de fondo: el respeto a la autonomía del paciente, por ello defienden la comunicación individualizada. Sin embargo matizan los imperativos de la P.C. en el sentido de que, lo que ésta propone, es poco operativo por la ingente tarea que supone, por tanto ellos se apoyan, más que en un proceso de revelación del médico al paciente, en un proceso de comunicación entre ambos.

En definitiva, ambas posturas, vienen a conciliar el estándar de información como una mezcla de los dos estándares legales mayoritarios en cuanto a cantidad, y con un proceso de diálogo individualizado, con opinión profesional en cuanto a lo que este entiende mejor para el paciente, referido a la calidad<sup>349</sup>.

La información, desde la óptica europea, debe responder a dos tipos de criterios a la hora de ofrecérsela al paciente: unos de carácter subjetivo en los que debe ponderarse la edad, nivel cultural, situación personal familiar, social y profesional del paciente y otros de carácter objetivo como son la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad y novedad de la intervención que se pretende, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir la información. En este sentido el rigor de esta, en cantidad y calidad, es inversamente proporcional a la urgencia de la intervención. Lo mismo ocurre con la necesidad de tratamiento y en mayor extremo en las llamadas cirugías voluntarias o satisfactivas. El médico tiene el deber de informar de los riesgos “típicos” de la intervención que se pretende pero no de los “atípicos”, esto es, de aquellos que, de acuerdo con la ciencia y la experiencia, no es previsible que sucedan. No puede omitirse información sobre las consecuencias seguras y relevantes pero tampoco sobre las posibles y previsibles, no siendo el criterio puramente estadístico suficiente, sino que se habrán de contemplar otras variables como son el estado del enfermo, la competencia del profesional actuante, el centro hospitalario y la especificidad del acto que se pretende<sup>350</sup>.

---

349 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 227-236.

350 GALAN CORTES, J.C., El Consentimiento Informado del Usuario de los Servicios Sanitarios, págs. 49 y 55.

En España, Gracia y Júdez<sup>351</sup> han dejado claros los criterios y estándares de información desde el punto de vista ético, pero desde la óptica del derecho español hemos de decir que están definidos los criterios (objeto y contenido de esta), no siendo así en lo que concierne a los estándares (alcance, extensión y límites). La norma supranacional que nos afecta, el Convenio de Oviedo, dedica un párrafo del Art. 5 a este menester diciendo que debe informarse de tres cosas: la naturaleza y finalidad, los riesgos posibles y las consecuencias previsibles de la intervención. Sin embargo no menciona la necesidad de información sobre los beneficios y alternativas posibles. En cuanto a la cantidad y calidad de la información, dice que debe ser la “*adecuada*”. Es un término muy ambiguo: Si lo interpretamos desde el punto de vista más favorable hemos de entender que se refiere a una situación individualizada de la intervención y al paciente en particular, induciendo a un diálogo médico-paciente. La norma nacional, la Ley General de sanidad, establece cuatro criterios: diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento e información sobre el proceso. En cuanto a la definición del estándar, dice que la información deberá ser “*completa y continuada*”. En el plano positivo cabe hacer una interpretación del término similar a la anterior<sup>352</sup>. La otra norma más específica, la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica<sup>353</sup> dedica el Art. 4 al derecho a la información asistencial y el Art. 5 a definir al titular de la información. Sin embargo no concreta un estándar de información pues, en cuanto a como debe ser ésta, dice que “*será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad*”. En el Art. 10 fija las condiciones de la información con una ambigüedad manifiesta y entendemos que, en ningún caso, puede considerarse como una intención de fijar criterios ni estándares sino unas condiciones básicas de lo que debe proporcionarse al paciente

En definitiva estamos hablando de una información personalizada. Es lo que Miller<sup>354</sup> llama la “*normativa de la persona subjetiva*” como punto de vista ético ideal y que consiste en adaptar a cada paciente, de forma individual, el contenido de la información, explicándole los riesgos más probables y dejando que él decida si quiere conocer los menos probables pero más peligrosos. En el caso de la anestesia, la información proporcionada al paciente debe incluir los riesgos y beneficios

---

351 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la Práctica Clínica, págs. 43-45.

352 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 241 y 242.

353 BOE nº 27 de 15 de Noviembre de 2002, págs. 40126 y siguientes.

354 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 3176-3179.

de las distintas opciones de anestesia y un segundo plan de actuación. Debe también informarse al paciente de la persona o el equipo que le proporcionará la anestesia, así como de las diferentes etapas que tendrán lugar desde que llegue a la zona de quirófanos. Así mismo el anesthesiólogo puede y debe ofrecer al paciente sugerencias sobre las diversas opciones anestésicas y sus ventajas e inconvenientes en base a su experiencia. Si se produce alguna pregunta debe responderla.

### **3.2.1.2. La Comprensión**

En cuanto a la comprensión de lo que se le explica, no siempre es como quisiéramos. De cualquier manera, e independientemente de apreciaciones subjetivas, los pacientes deben comprender los riesgos y beneficios de las intervenciones propuestas, así como las recomendaciones que se les da. En algunos estudios se ha demostrado que proporcionar al paciente esa información por escrito ha mejorado su capacidad de comprensión, en otros únicamente ha mejorado la memoria del paciente, aunque una mala memoria no significa que la comprensión haya sido mala<sup>355</sup>.

Hay un problema que se presenta con frecuencia en el ejercicio de la anestesiología que es la comprensión por parte de pacientes ancianos. Dado que los pacientes tienen distintas capacidades de comprensión, el proceso de consentimiento informado requiere un enfoque individualizado, adecuado al nivel de educación y comprensión. En los pacientes de edad avanzada presenta muchos problemas éticos y legales. Sin embargo, el envejecimiento no debe ser visto como una enfermedad y los médicos deben evitar los prejuicios respecto a los deseos de los pacientes ancianos. La enfermedad mental que afecta a la capacidad de toma de decisiones crea también importantes dificultades en el proceso de C.I. No siempre, el déficit cognitivo y la enfermedad mental, indican automáticamente que el paciente sea incapaz de participar en las decisiones sobre su atención médica<sup>356</sup>.

### **3.2.1.3. La Capacidad**

La capacidad de un individuo para tomar decisiones autónomamente es uno de los elementos de mayor dificultad conceptual y el que menos consenso ha generado, tanto en sus contenidos, como en las herramientas a utilizar para medirle. A menudo se confunde autonomía con

---

355 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 3176-3179.

356 IVASHKOV, Y., VAN NORMAN G.A., Anesthesiology Clinics, Vol 27, págs. 569-580.

capacidad y competencia. No son términos sinónimos, pues mientras el primero habla de la capacidad del individuo como ser, dándose a sí mismo el sentido de su propia existencia, el segundo lo hace de la aptitud o idoneidad para realizar algo. Por tanto podemos determinar que la competencia es el lado operativo, la capacidad de convertir en acción la autonomía. En el caso de los pacientes debe entenderse como la capacidad para participar en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad y la terapéutica a aplicar, es decir, la capacidad para ejercer un derecho que, además, determinará la legalidad y eticidad de esa decisión<sup>357</sup>.

En principio se le supone capacidad de decisión a todo ciudadano adulto en posesión de sus facultades mentales. Sin embargo esto es un asunto difícil, pues el miedo, el sufrimiento o la depresión que pueden acarrear la situación de enfermedad pueden, así mismo, influir negativamente sobre la capacidad de análisis y decisión. Ante una decisión que nos parece irracional y dañosa, para la salud del paciente, hay que asegurarse de que no se da ninguna de las circunstancias expuestas. Y en todo caso distinguir la decisión irracional de la no compartida<sup>358</sup>.

En la teoría norteamericana del C.I., el concepto de capacidad es una noción muy compleja y que ha ido evolucionando con el tiempo. Hay unos rasgos que la caracterizan:

Se entiende que las personas, por principio, no son absolutamente incapaces en general, sino que pueden serlo para realizar una tarea concreta, luego se les puede, de entrada, presumir la capacidad en cuanto seres autónomos moralmente y con las aptitudes necesarias para expresar ésta en todos sus actos.

La expresión de esa autonomía, a la que llamamos capacidad, se mide por la presencia o ausencia de un cierto número de habilidades, fundamentalmente psicológicas, en la esfera de lo cognitivo y lo afectivo, cuya evaluación dará idea de lo capaz o incapaz del individuo. El paso siguiente es fijar los criterios, estándares y herramientas de medición de estos últimos.

Otras cuestiones a tener en cuenta son la variabilidad en el tiempo de la capacidad, donde está la línea divisoria entre capaces e incapaces, si el estándar de capacidad debe estar relacionado con la dificultad o complejidad de la decisión y las consecuencias que implica el declarar a un individuo incapaz y que sea otra persona quien tome las decisiones por él.

La discusión sobre los criterios y estándares de información se desarrolló en la bioética norteamericana sobre todo entre los años sesenta y setenta. A continuación y a medida que se iba introduciendo el C.I. en la práctica clínica surgió la discusión sobre los criterios y estándares de

---

357 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 277.

358 FARRERAS VALENTI, P., ROZMAN C., Medicina Interna, pág. 61.

capacidad, alcanzando su máximo desarrollo a partir de los ochenta. A la complejidad del asunto nos aproxima la ingente cantidad de publicaciones que se han producido en tan pocos años y la falta de consenso en cuanto a los criterios, los estándares de capacidad y los sistemas de medición, o protocolos de evaluación, para determinar ésta. Para sintetizar al máximo diremos que, la primera y la segunda cuestión se han concatenado resultando un cierto acuerdo, pero en cuanto a los protocolos de evaluación, que van desde el Roth, Meisel y Lidz de 1977 al McCAT-T (McArthur Competence Assessment) de 1998, actualmente en uso, ninguno ha demostrado estar por encima de los demás<sup>359</sup>.

En lo que atañe a España, al contrario que en la bioética americana, no se ha hecho una reflexión en cuanto a la capacidad y competencia del individuo. Nos mostramos de acuerdo con Simón<sup>360</sup> en la necesidad de ello y en que habrá de ir encaminada a dilucidar una serie de cuestiones capitales entre las que son de destacar las terminológicas, en cuanto a competencia e individuo competente, asuntos conceptuales generales, aclarar materias prácticas sobre criterios y estándares, por un lado, y protocolos diagnósticos encaminados a la determinación de capacidad o incapacidad, por otro. Por último habrá que elaborar normas que puedan ayudar al médico en esta situación.

Por ello nos tenemos que referir, obligatoriamente, a su presencia en el derecho y en las leyes. Tanto en el aspecto civil como penal del derecho la capacidad de las personas físicas o jurídicas es uno de los asuntos fundamentales. Sorprendentemente, tanto en una vertiente como en la otra, no hay la claridad que cabría desear a la hora de delimitar ésta y nos sorprenden la cantidad de términos jurídicos empleados al efecto. En cuanto a lo que se relaciona con el área de la sanidad, y salvo casos contados, el problema se agudiza, no existiendo, en los textos ni en la doctrina, consenso en cuanto a los criterios, estándares y herramientas para evaluar la capacidad de decisión de un individuo. Trataremos de establecer algunos puntos importantes lo más claramente que podamos:

En el derecho español se distingue entre capacidad jurídica y capacidad de obrar, entendiéndose la primera como la idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones definida, pues, como un atributo de las personas reflejo de su dignidad individual, mientras que la segunda se refiere a la capacidad de ejercitar esos derechos y obligaciones, lo cual requiere inteligencia y voluntad. Hemos de distinguir, por un lado, la capacidad de obrar legal o de derecho, que es el

---

359 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 279-282.

360 Opus cit., págs. 337-334.

reconocimiento efectivo de la aptitud del individuo para realizar actos válidos, cuya valoración más importante son la mayoría de edad y la incapacidad, y que se establecen “a priori” y de forma automática, independientemente del acto en cuestión. Por otro lado, la capacidad de obrar natural o de hecho está estrechamente vinculada al acto y referida a las actitudes psicológicas, intelectivas y volitivas del individuo para realizar ese acto y no otro. Esta última es condición necesaria, aunque no suficiente, para que exista la primera y su pérdida momentánea acarrea la pérdida automática de la segunda. Sin embargo, la pérdida permanente de la capacidad de hecho, induce un proceso que limita la pérdida de la capacidad de obrar de derecho con el fin de proteger a la persona (es el caso de una sentencia de incapacitación que en definitiva viene a modificar el estado civil de la persona en la forma y extensión que dicha sentencia especifique).

Queremos llamar también la atención sobre los llamados actos personalísimos que son aquellos que solamente puede realizar la persona y nadie más por ella (no los pueden llevar a cabo las instituciones de guarda en caso de incapacidad, por ejemplo), en los que entran en juego bienes jurídicos o derechos fundamentales, para los que el sujeto debe mostrar su indefectible capacidad de hecho y, además, tener capacidad de derecho reconocida. Viene esto porque en el proceso de instauración del C.I. en España ha habido sus diatribas judiciales en cuanto a si éste debe ser considerado, o no, un acto personalísimo. Al final la balanza se ha inclinado del lado de los que defienden que no lo es y esta es la razón por la que en caso de incapacidad del sujeto, la decisión de otorgar el consentimiento pueda ser tomada por las instituciones de guarda. No podemos entrar en las causas de incapacitación ni en el análisis de éstas, bástenos decir que la incapacitación, para que las instituciones de guarda deban adoptar el papel del sujeto en cuanto a la toma de decisiones compartidas que afectan a la salud de este, debe ser determinada y reflejada documentalmente por un juez, salvo en los casos de minoría de edad sanitaria en que el soporte documental es el otorgado por el registro civil (libro de familia, DNI o pasaporte)<sup>361</sup>.

En cuanto a la normativa fundamental sobre la que se asienta la capacidad de consentir en España, al igual que con la información, hacemos referencia al Convenio de Oviedo, la Ley General de Sanidad (en adelante L.G.S.) y la Ley de Autonomía del Paciente.

El primero dedica el Art. 6 a la problemática que genera la falta de capacidad de las personas para poder consentir. Establece siempre el criterio general de mayor beneficio, atiende a la participación de incapaces en la investigación y donación de órganos y, aunque en el caso de los

---

361 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 313-325.

menores la autorización correrá a cargo de los padres o tutores, habrá de ser tenida en cuenta la opinión de aquel en función de su edad y grado de madurez. En el caso de mayores de edad que no tienen capacidad para consentir (párrafo 3 del Art. 6) remite a la legislación de cada país.

La L.G.S. enuncia la capacidad de decisión en sentido negativo al definir su ausencia como causa eximente de solicitud del C.I. por parte del médico al paciente. Así consta en la letra “b” del apartado 6 del Art. 10. Pero aquí parece que a lo que se refiere es a una incapacidad de hecho momentánea, depositando el derecho a decidir en los *“familiares o personas a él allegadas”*. El problema surge cuando, además, el paciente sea un incapacitado de derecho, pues entonces no pueden ser los familiares o allegados sino quien tenga la tutela judicial. Lo mismo ocurre en menores no emancipados. En definitiva que la ley es confusa<sup>362</sup>. La Ley de Autonomía del Paciente (41/2002) vendría a solucionar este y otros problemas al derogar, entre otros, los apartados 5,6,8,9 y 11 de este Art. 10. El anexo 8 de la L.G.S. establece los requisitos de capacidad para consentir válidamente en los supuestos de C.I. para actos médicos regulados específicamente. No entramos en su análisis ni en la apreciación de la capacidad de consentir, pues después de promulgada esta ley se reformó el Código Civil en materia de incapacidad y, por otra parte, hoy el punto de referencia no es aquella sino la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre.

Esta ley de Autonomía del Paciente, en su Art. 5, apartado 2, establece que *“el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad”* y, en el siguiente apartado del mismo artículo, deja al criterio del médico cuando el paciente carece de capacidad para entender la información, debiendo en ese caso comunicársela a *“las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”*. Al establecer los límites del C.I. (Art. 9) determina cuando se otorgará por representación (apartado 3, letras a y b) en los casos de incapacidad de hecho y de derecho, no haciendo mención en el primer caso a quien corresponde la fijación de esa incapacidad. Si lo interpretamos en sentido positivo, hemos de entender que se refiere a una incapacidad momentánea y transitoria y que será el médico quien la determine. En ese mismo apartado, letra c, hace mención a la minoría de edad como causa de incapacitación con la salvedad de que, si el paciente tiene más de doce años, ha de ser escuchado. Determina que la mayoría de edad “sanitaria” será a los dieciséis años, salvo en los casos de aborto, ensayos clínicos y reproducción asistida, que se remite a la mayoría de edad legal<sup>363</sup>.

---

362 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 326-329.

363 BOE nº 27, del 15 de Noviembre de 2002, págs. 40126-40132.

En cuanto a los criterios, estándares y protocolos de evaluación de la capacidad de decisión de los pacientes, no conocemos la existencia de publicaciones en España. Los médicos españoles actuamos de una manera intuitiva. Ante casos dudosos se recurre a la ayuda del psiquiatra que tampoco los tiene. Lo mismo ocurre con los notarios que, según el Código Civil, también están autorizados para tal fin.

En el campo penal y en el civil las evaluaciones las realizan médicos, psiquiatras y psicólogos forenses. Se utilizan criterios, estándares y protocolos difusos, no concretados ni perfilados. Los criterios suelen ser dos fundamentalmente: el cognitivo y el volitivo. Los estándares se fijan en función de dos variables que analizan, por un lado, la atribución, o no, de un carácter persistente a los déficits de cumplimiento de los criterios que determinara la incapacidad y, por otro, la repercusión de esos déficits en la capacidad de autogobierno del individuo que determina el grado de aquella. En cuanto a los protocolos de evaluación, como ya hemos dicho, no existen y cada profesional utiliza, en cada caso, las herramientas que considera que mejor le sirven. Los psiquiatras y médicos forenses suelen realizar una anamnesis, exploración neurológica, exploración psicopatológica y las pruebas complementarias que estimen. Este tipo de exploraciones no suelen diferir mucho de las que hacen normalmente en su actividad asistencial habitual y vienen, fundamentalmente, a evaluar el nivel de conciencia, memoria, orientación, pensamiento, inteligencia, afectividad y conductas atípicas. Hay muchos test que pueden utilizarse orientados al conocimiento del desarrollo intelectual, de la aptitud y de la personalidad. En definitiva que el profesional, que se enfrenta en su tarea a un problema de este tipo, habrá de establecer la suficiencia o no de las habilidades cognitivas y volitivas quedando los estándares y la forma en que tenga de aplicarlos a su criterio, pudiendo solicitar la ayuda pericial de un psiquiatra o psicólogo, quienes tampoco tienen prefijada una pauta de actuación y, si aún tiene dudas, puede y debe recurrir a la autoridad judicial<sup>364</sup>.

Esta capacidad de tomar decisiones, diferente, como hemos visto, del concepto legal de competencia, y que Miller<sup>365</sup> define como *“la posibilidad de adoptar una decisión concreta en un momento específico”* comprende la capacidad racional de aceptar o rechazar un tratamiento médico, sus alternativas y posibles complicaciones. Los anestesiólogos deben evaluar la que tienen sus pacientes, ya que temporalmente pueden tenerla alterada como consecuencia de alguna medicación o porque, previamente, ya la tuvieran limitada. Si el paciente se encuentra bajo los efectos de algún

---

364 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 335-337.

365 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 3176-3179.

anestésico, no se encuentra en situación de decidir, el anestesiólogo sólo realizará una asistencia, más allá del consentimiento otorgado, si la situación es urgente.

Al igual que hacíamos con la capacidad de comprensión en el paciente anciano queremos hacer un llamamiento sobre la capacidad de tomar decisiones. El envejecimiento se asocia con una variedad de cambios que pueden influir en la capacidad de tomar decisiones. El anestesiólogo deberá evaluar la competencia de ese paciente anciano, pero esta evaluación puede ser complicada por muchas causas: algunos capaces de tomar decisiones pueden sufrir dificultades de comunicación debido a su nivel de educación, de audición, de visión, ansiedad o dolor. También puede influir el ambiente hospitalario, el ruido y la iluminación artificial, la alteración de la rutina de dormir y los hábitos alimentarios y las enfermedades subyacentes, hasta tal punto que contribuyen a la confusión y la agitación significativa del anciano. No obstante, algunos de estos problemas que impiden el C.I. son reversibles y es en estos casos cuando los médicos están éticamente obligados a tratar de revertir o mitigar estos factores. Por tanto, si está claro que el paciente no entiende lo que se le ha explicado, es deber del médico intentarlo de nuevo bajo circunstancias más favorables o bien determinar, si el caso así lo aconseja, que el paciente no es competente para tomar la decisión<sup>366</sup>.

#### **3.2.1.4. Otros aspectos**

Nos queda por mencionar algún otro elemento, como puede ser la voluntariedad del paciente, y las formas de violación de ésta. Pero lo entendemos implícito en lo dicho hasta ahora. Mas no queremos terminar este apartado, sobre los elementos del C.I. en la clínica, sin abordar la respuesta a una pregunta que todos nos hemos hecho alguna vez ¿Cuál es el momento en el que el paciente debe otorgar el consentimiento?

Como es natural y obvio el consentimiento del paciente debe prestarse antes del acto que se pretende. Puede ser revocado en cualquier momento sin que esto esté sujeto a formalidad alguna. Debe subsistir a lo largo de todo el acto, sobre todo en aquellos casos de enfermedades crónicas cuyo curso necesita de tratamientos distintos en fases sucesivas y cuya información continuada nos va a asegurar la libertad de elección del paciente. Se trata, pues, de una información “*de tracto sucesivo o de ejecución continuada y no de tracto único*”. Es importante esta actitud en el caso de algunas intervenciones de medicina voluntaria (ligadura de trompas o vasectomías) en las que el

---

366 IVASHKOV, Y., VAN NORMAN G.A., *Anesthesiology Clinics*, Vol 27, págs. 569-580.

acto médico no está encaminado a curar una enfermedad o defecto, sino a anular una actividad funcional fisiológica en personas sanas. En estos casos, un defecto de información sobre actitud a seguir después del acto médico y de las posibilidades de recanalización posterior, pueden constituir un defecto del C.I.<sup>367</sup>

El cuando lo abordaremos, de una manera más concreta y referido a España, en el apartado siguiente al hablar de los protocolos.

Por último, y como colofón a estos comentarios sobre los principales elementos, decir que sólo nos queda la autorización autónoma como expresión última del derecho de autonomía del paciente y la culminación del proceso de C.I. El paciente autoriza al anestesiólogo a realizar un procedimiento específico de forma intencionada y en base a sus explicaciones previas<sup>368</sup>. Y ahí entramos en el capítulo de las herramientas necesarias para llevar a cabo el consentimiento.

### **3.2.1.5. Las Herramientas**

Gracia y Júdez<sup>369</sup> definen que las herramientas son los elementos formales de que nos servimos para realizar el proceso de C.I. Y son, fundamentalmente, tres:

1. Técnicas de entrevista clínica, soporte emocional y relación de ayuda, que permiten estructurar metodológicamente la entrevista médico paciente y poner de manifiesto la dimensión humana del proceso de C.I. Esto es lo que habitualmente hace, o deberíamos hacer, los anestesiólogos en la consulta preanestésica.

2. Protocolos de evaluación de la capacidad para establecer, si la duda existe, si debe ser el paciente quien tome la decisión. Ya hemos hablado de ellos en el apartado correspondiente.

3. Formularios escritos. Legibles y claros, deben ser firmados y registrados y darán fe de que se efectuó legalmente el proceso de C.I. Vamos a detenernos brevemente en ellos, exclusivamente referidos a nuestra nación, siguiendo a Galán Cortés<sup>370</sup>:

Los protocolos o formularios deben ser genéricos completándose, en cada caso, con las características propias del paciente, del médico actuante y de la intervención que se pretende. En 1995 el Consejo Interterritorial de Salud dictó unas normas generales para la elaboración de los

---

367 GALAN CORTES, J.C., El Consentimiento Informado del Usuario de los Servicios Sanitarios, págs. 35 y 36.

368 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 3176-3179.

369 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la Práctica Clínica, pág. 46.

370 GALAN CORTES, J.C., El Consentimiento Informado del Usuario de los Servicios Sanitarios, págs. 36-40.

protocolos que, en esencia, son las que se mantienen actualmente. Estos formularios deberían constar de:

1. Datos del paciente y del médico que informa (que no tiene por que ser el mismo que luego actúa).

2. Nombre del procedimiento y explicación breve del objetivo de este, en que consiste, como se lleva a cabo, riesgos típicos, riesgos personalizados, consecuencias seguras de la intervención que se consideren de relevancia, referencia de las molestias probables y consecuencias de éstas.

3. Alternativas al acto, de manera que el paciente pueda participar, si así lo desea, en la elección de la más adecuada.

4. Declaración del paciente de haber recibido la información adecuada, de estar satisfecho con ella y de haber obtenido respuesta a las dudas planteadas, expresión de su consentimiento para la realización del proceso que se pretende, así como de haber sido informado de la posibilidad de revocar su consentimiento en cualquier momento sin expresión de causa.

5. Fecha y firma, del médico que realiza la información y del paciente.

6. Apartado para el consentimiento del representante legal en caso de incapacidad del paciente.

7. Apartado para la revocación del consentimiento.

Estos ejemplares se extenderán por duplicado, uno para el paciente y otro que se incorporará a la Historia Clínica.

Hablábamos, en el apartado anterior, de cuándo presentar el consentimiento al paciente. Bien, pues el acta nº 39 que recoge este acuerdo del que hablamos, el nº 261 del pleno del Consejo Interterritorial de Salud del 6 de Noviembre de 1995, en el apartado 3.1, recomienda que el paciente o su representante reciban la información y el documento del C.I. con la antelación suficiente y, en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento en cuestión, siempre que no se trate de actividades urgentes. Así mismo el punto siguiente, el 3.2, especifica que *“no deben considerarse válidos los documentos genéricos. El consentimiento escrito prestado para una intervención no debe resultar válido para otra diferente”*. Hacemos esta anotación para dejar sentado que cuando el autor citado se refiere a que los consentimientos deben ser genéricos no pretende afirmar que valga el mismo para todo, sino que lo que defiende es una cierta unidad de criterio, por eso añade que deberá ser completado con las características propias de la intervención en cuestión.

### 3.2.2. En la Investigación

Los componentes éticos y jurídicos del consentimiento, para una investigación, son los mismos que para un tratamiento clínico. Los principios éticos son la base de la obtención del C.I. de aquella persona que quiera voluntariamente participar en la investigación. Lo ideal es obtener de los participantes un consentimiento plenamente informado, pero es complicado, especialmente en niños<sup>371</sup>. En principio, de una forma genérica, esta afirmación es cierta. Podemos entender que los elementos del C.I. para la investigación son los mismos que para la clínica. Pero hay matices:

Con respecto a la información, el Informe Belmont<sup>372</sup> establece que la mayoría de los códigos de investigación contienen elementos que aseguran que el individuo tenga la información suficiente en cuanto al procedimiento, fines, riesgos y beneficios esperados, así como procedimientos alternativos, y aseguran la posibilidad de que este pueda preguntar e, incluso, retirarse de la investigación en cualquier momento. Sin embargo, la simple enumeración de puntos no da una idea clara de cual debe ser la cantidad y calidad de información que se proporciona. Aquí, el criterio seguido en la práctica médica a la hora de la exploración o el tratamiento, no sirve en cuanto que la investigación se realiza, precisamente, porque no hay acuerdo en ese campo. Tampoco sirve el criterio, que exponíamos en la introducción histórica, del individuo razonable ya que este, en esencia voluntario, puede desear saber más de los riesgos que corre que el enfermo que deposita su confianza y su esperanza en los clínicos que le atienden y cuyos cuidados necesita. Luego se debería establecer un criterio razonable desde el cual, la cantidad y calidad de la información sea tal que, el sujeto, sabiendo que el procedimiento al que se somete no es necesario para su cuidado y que quizá no es del todo comprendido, decida si quiere tomar parte en el progreso del conocimiento que se deriva de la investigación en la que participa. Quiere esto decir que lo que propone es un estándar de “*voluntario razonable*” indicando que, la cantidad y calidad de información que se de habrá de ser tal que, sabiendo que el procedimiento a que se somete no es necesario para su buena salud, pueda decidir si participa, o no, en la investigación. Esto es muy ambiguo pues, aunque apela a estándares personalizados de información, no deja claro en que consiste claramente el “*estándar de voluntario razonable*” y además esto también plantea otros problemas, porque ¿Qué pasa si el conocimiento del proceso puede influir en la validez de los resultados? Habrá, necesariamente, que dar una información incompleta. Esta sólo estará

---

371 BEVAN, JC., Current Opinion in Anaesthesiology. Vol. 20, págs. 130-136.

372 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. pág. 6.

éticamente justificada si realmente es imprescindible que sea así, si se le advierte al sujeto de todos los riesgos, por mínimos que sean, y si existe un plan para informar cuando sea necesario y comunicarle el resultado de la investigación.

La información que debe proporcionarse a los sujetos deberá contener todos aquellos aspectos que puedan contribuir a que la toma de decisiones sea autónoma: procedimiento de la investigación, propósito, riesgos y beneficios previsibles, procedimientos alternativos, oportunidad de preguntar y de retirarse de la investigación cuando lo considere oportuno. Tres de estos criterios se irán desplazando de la investigación a la práctica clínica: información sobre beneficios esperables, posibilidad de demandar mayor información y la de poder revocar el consentimiento cuando así lo decida<sup>373</sup>.

En cuanto al segundo elemento, el de la comprensión, el investigador tiene la obligación de asegurarse que el sujeto comprende la información, adecuando ésta a las capacidades intelectuales, de madurez y de lenguaje de éste. Cuanto más serios sean los riesgos, mayor es la obligación de asegurarse la comprensión. En los sujetos con capacidad limitada habrán de adoptarse medidas especiales y éstos deberán ser analizados y abordados individualmente. Si actuaran por persona que les representa se deberá dar a ésta toda la información.

Por último, en lo que se refiere a la voluntariedad, es obvio que el consentimiento es válido si se ha dado voluntariamente, pero exige unas condiciones libres de coerción e influencia indebida. La presentación, intencionadamente exagerada, del peligro de enfermedad, el ofrecimiento de una recompensa excesiva o una normal a individuos vulnerables, en cuanto influencia indebida, son rechazables éticamente. De todas formas es difícil delimitar donde termina la persuasión justificable y donde empieza la influencia indebida.

La voluntariedad, que operativiza el principio de respeto a las personas, puede ser quebrada de dos formas: con la coacción y por medio de la influencia indebida. La primera ocurre *“cuando se presenta intencionada y abiertamente a una persona una amenaza de daño con el objeto de obtener su colaboración”*. La segunda es más difícil de definir y parece hacer referencia a la idea de dominio psicológico y a la de manipulación de la voluntad. No parece que se contemple la quiebra de la voluntariedad cuando se utiliza la persuasión, que moralmente es justificable, aunque es muy difícil delimitar la línea que separa ésta de la coacción<sup>374</sup>.

---

373 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 227.

374 Opus cit., pág. 218.

De la misma forma se manifiesta Miller<sup>375</sup> cuando habla de que hay dos formas de impedir la voluntariedad de un paciente: la manipulación y la coacción. La primera consistiría en omitir o distorsionar la información que se da al paciente y la segunda sería amenazarlo para que acepte la opción que nosotros queremos.

En cuanto a la investigación en España decir que, dado lo tardío del desarrollo de la teoría y de la legislación sobre el C.I. en nuestra nación, en comparación con otros países europeos y con EE.UU., hemos de afirmar que ha ocurrido en un periodo muy corto y que ha contando con la ventaja de poder aprovecharse de la experiencia de los demás, lo cual no quiere decir que todo se haya hecho bien, pero sí hemos de constatar que los elementos fundamentales de este, recogidos en la legislación internacional, lo han sido en nuestro ordenamiento. En aras a la brevedad hacemos mención al primer elemento regulador en la figura legal del Real Decreto 944/1978, de 14 de Abril, por el que se regulan los ensayos clínicos de productos farmacéuticos y preparados medicinales y la creación de los Comités de Ensayos Clínicos Hospitalarios, antecesores de los actuales Comités Éticos de Investigación. Cuatro años más tarde se promulga la orden que desarrolla este Real Decreto. Estará en vigor hasta la Ley 25/1990, de 20 de Diciembre, del Medicamento cuyo Título II será desarrollado por el Real Decreto 561/1993, de 19 de Abril, regulador de los requisitos para la realización de ensayos clínicos<sup>376</sup>.

Desde el punto de vista ético y deontológico nos atenemos a lo preceptuado en el Art. 29.3 del vigente Código de Ética y Deontología Médica que contiene los elementos a tener en cuenta en el asunto que tratamos.

### **3.3. Marco normativo del Consentimiento Informado en España**

En España el C.I. tiene un sustrato deontológico y jurídico muy sólido, de tal manera que su cumplimiento forma parte de la “*lex artis*”. Enunciamos y pasamos a comentarlos:

La normativa deontológica nos viene dada por el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, actualmente en vigor.

Las normas jurídicas las ordenamos de mayor a menor rango: La primera es lo que conocemos como Convenio de Oviedo, en vigor desde el 1 de Enero de 2000, que obliga a todos los países de la Unión Europea y que, con la Constitución Española, son las fuentes de la legislación en España. Específicamente, a nivel nacional, la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre conocida como la

---

375 MILLER, R.D., Miller Anestesia, págs. 3176-3179.

376 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 100 y 101.

Ley de Autonomía del Paciente, seguida de la Ley General de Sanidad, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias y un largo etc., pues como suele ser habitual en nuestro país se legisla mucho, aunque no necesariamente bien. Siguen en importancia las de carácter regional, dadas por los parlamentos autonómicos. Por último, la jurisprudencia, a la que ya hemos hecho referencia y que alcanza un cuerpo importante en cantidad y diversidad de asuntos abordados, tanto en lo civil como en lo penal<sup>377</sup>.

Nosotros haremos referencia al Código de Ética y Deontología Médica, al Convenio de Oviedo y a la Constitución Española como fuentes de las leyes, y, dentro de estas, a la principal de ellas que es la de Autonomía del Paciente, a la legislación regional de Castilla-La Mancha y una mínima referencia a la jurisprudencia en cuanto al C. I., en general, y en la Anestesiología en particular.

### **3.3.1. El Código de Ética y Deontología Médica.**

Antes de abordar el Código de Ética y Deontología Médica hay que hacer la salvedad, no por sabida menos importante, de que los médicos en ejercicio en España, además de la obligación de respetar las leyes del reino, tenemos la obligación de acatar y observar, en nuestro comportamiento profesional, las normas que emanan de éste, ya que vienen dadas por una entidad de derecho público y vienen obligados a cumplirlas todos los miembros de la corporación que la integran pudiendo, su incumplimiento, ser sancionado con arreglo a los estatutos de esta corporación. Así se pronuncia el Código vigente, que fue aprobado en 1999, comenzando en el Capítulo I definiendo su ámbito de aplicación, dejando manifiestamente claro que obliga a todos los médicos en ejercicio dentro del estado español, independientemente de cual sea su especialidad y que la violación de las normas en él contenidas supone incurrir en falta contra los estatutos de la Organización Médica Colegial (OMC), que puede ser sancionada con arreglo a estos<sup>378</sup>.

Por lo que respecta al C.I., en el Cap. III, dedicado a la relación médico paciente, que basa en la confianza mutua, deja sentado el deber de respeto del médico a las convicciones del paciente y la obligada abstención de imponer las suyas (Art. 8.1), obligación que se extiende, incluso, al rechazo de una prueba diagnóstica o tratamiento (Art. 9.2). Es importante destacar esto pues, en definitiva, lo que hace el Código es definir una nueva relación basada en el respeto a la persona y a

---

377 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la Práctica Clínica, págs. 39 y 40.

378 CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS, Código de Ética y Deontología Médica, 1999, pág. 3.

su libertad. Se sacude así la tradición médica paternalista que ha sustentado la ética de nuestra profesión durante milenios. Define un nuevo paradigma ético que, lejos de la relación vertical tradicional, propone una relación horizontal de decisiones compartidas fundamentada en el respeto a las personas.

En el Art. 10 aborda directamente el tratamiento que debe darse al derecho del enfermo a saber y consentir lo que va a hacerse con su cuerpo y su salud; por ello ordena, como norma deontológica, que el médico informe con delicadeza y de forma comprensible al paciente, respetando el derecho a no saber, si éste así se lo manifiesta, debiendo informar, en ese caso, a familiares y allegados (Art. 10.1). Es en los apartados 4, 5 y 6, de este mismo artículo, donde entra, de una forma clara y directa aunque poco detallada, en el asunto que nos ocupa en esta Tesis Doctoral al especificar, como deber del médico, la obtención del consentimiento, preferentemente por escrito, para abordar aquellas intervenciones que puedan suponer un riesgo significativo para el paciente, después de haberle proporcionado información suficiente y ponderada sobre el acto en cuestión, estableciendo las excepciones a tal fin, vía de actuación y reserva sobre la opinión del menor de edad legal<sup>379</sup>.

Atiende a la necesidad del C.I. en lo que podemos llamar casos especiales: ser humano embriofetal enfermo (Art. 24.1) y trasplante de órganos (Art. 28.3). Con respecto a la investigación en seres humanos (Art. 29.3) indica la obligación del consentimiento y la forma de hacerlo, en caso de menores de edad o incapacitados, después de haber dado la información en cantidad y calidad que requiera el caso y la reserva a no participar o retirarse de ella cuando quiera, sin que por ello resulte perjudicado<sup>380</sup>.

En definitiva, el Código viene a atender sustancialmente, en lo que al C.I. se refiere, a las cuestiones esenciales, pero es indudable que adolece de falta de especificidad, tanto en los deberes morales del médico con respecto a su paciente, como en las situaciones en las que no viene obligado a la consecución del consentimiento. Por otra parte hay matices que no se contemplan en este Código y que, aunque de una forma manifiestamente mejorable, sí están recogidas en la legislación nacional y autonómica y en la jurisprudencia al efecto.

---

379 CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS, Código de Ética y Deontología Médica, 1999, págs. 7 y 8.

380 Opus cit., págs. 15, 19 y 21.

### 3.3.2. Las dos Normas Supremas

El día 4 de Abril de 1997 fue firmado en Oviedo, por los representantes de los países de la Unión Europea, el Convenio Relativo de los Derechos Humanos y la Biomedicina<sup>381</sup> que había sido aprobado por el Comité de Ministros de la Unión Europea el 19 de Noviembre de 1996. En España es ratificado y sancionado por el Jefe del Estado el 23 de Julio de 1999 y entra en vigor el 1 de Enero de 2000. Al ser una norma que excede la soberanía nacional es la de mayor rango de cuantas nos atañen en este campo. En lo que se refiere al C.I., al que dedica íntegramente el Cap. II, en el Art. 5 establece la regla general por la que habrá de regirse al ordenar que...

*...”una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.*

*En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”*

En los siguientes artículos de este capítulo, hasta el 9 incluido, desarrolla los mecanismos encaminados a asegurar la protección de las personas con incapacidad de hecho y de derecho, la excepción de la obligación del consentimiento en situación de urgencia y la protección de voluntades, expresadas con anterioridad, previsoras de incapacidad. En los Art. 16 y 17 determina las situaciones de consentimiento y protección del incapaz en la experimentación. Lo mismo hace en los Art. 19 y 20, referido a la donación de órganos y tejidos de sujetos vivos y, en el Art. 22, se refiere a la información y consentimiento necesarios para el aprovechamiento y utilización de una parte del cuerpo con un fin distinto de aquel para el que fue extraída.

Como único comentario diremos que el Convenio de Oviedo hay que interpretarlo en el marco de una norma supranacional y que, como tal, debe ser aceptada. Serán los países miembros, y los que a él se adhieran, los que deban concretar, en su legislación particular, lo que aquí son directrices legislativas generales encaminadas a garantizar que...

*“el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad y de la ciencia” (Art. 2).*

La otra fuente de la legislación, la Constitución Española, regula en su Art. 15 el derecho a la vida y a la integridad física y moral. En el Art. 16 consagra la libertad ideológica, religiosa y de

---

381 Convenio Relativo de los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo). Tomado de LÓPEZ DE LA VIEJA, M<sup>a</sup> T., Bioética. Entre la Medicina y la Ética, págs. 207-217.

culto, por lo que un paciente puede realizar, en el centro donde está ingresado, los actos de culto correspondientes a la religión que profese. Igualmente protege las decisiones del paciente contrarias a la aceptación de un tratamiento que vaya en contra de sus creencias religiosas. El Art. 17.1 determina el derecho a la libertad del paciente. (Las excepciones previstas en este artículo vienen reguladas, en el caso de la sanidad, por la Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública de 14 de Abril de 1986, que posibilita la retención de un paciente, aún en contra de su voluntad, en caso de necesidad para la protección de la salud pública y por la Ley 1/2000, de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil que en su Art. 763 regula el internamiento de un enfermo mental en contra de su voluntad). El Art. 18.1 regula el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen. El Art. 43, la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, tanto en la prevención como en el tratamiento, así como el establecimiento de los derechos y deberes de todos a lo largo de sus tres apartados. Y, por último, el Art. 51.1, que garantiza la protección, por parte de los poderes públicos, de los derechos de consumidores y usuarios en materia, entre otras cosas, de salud<sup>382</sup>.

Diversas leyes desarrollarán estos mandatos constitucionales entre las que destacamos, por orden cronológico, la Ley de Consumidores y Usuarios, la Ley General de Sanidad y la Ley de Autonomía del Paciente.

### **3.3.3. La Ley de Autonomía del Paciente**

Al entrar en vigor el Convenio de Oviedo nos encontramos con que la Ley General de Sanidad no concordaba, en algunos de sus aspectos, con los postulados de éste. De esta circunstancia nace la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica<sup>383</sup>.

Define legalmente el C.I. como...

*...“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.*

En el cap. II establece el derecho a la información sanitaria, regulando este derecho los Arts. 4 y 6 y su titularidad el 5. Dedicó el Cap. IV al respeto a la autonomía del paciente y,

---

382 PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCIA DE LA SERNA, J., y OTROS. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital, págs. 17-25.

383 B. O. E. n° 27, del 15 de Noviembre de 2002, págs. 40126-40132.

concretamente, cuatro de sus seis artículos (8 al 11, ambos incluidos) al Consentimiento Informado. Como notas destacables hacer mención que el Art. 8 establece que habrá de ser verbal, salvo en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y todos los que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, en los que habrá de ser escrito, sin que dicho acto sea irreversible. El Art. 9 establece los límites del C.I. regulando el derecho a no saber, los casos en que el médico no está obligado a recabar dicho consentimiento y cuando éste debe ser otorgado por familiares o allegados y por representante legal del paciente. En el Art. 10 regula las condiciones básicas de la información a proporcionar por parte del facultativo que, obligatoriamente, habrán de contener las consecuencias relevantes, los riesgos relacionados con las circunstancias personales y con el tipo de intervención y las contraindicaciones de esta. El Art. 11 regula las instrucciones previas para caso de incapacidad sobrevenida o fallecimiento.

Es, en general, una ley de una magnífica ambigüedad y falta de concreción, de ahí que haya que recurrir, para concretar límites de responsabilidad, a la jurisprudencia que ya tiene un volumen considerable.

El marco legislativo sobre C.I. en España también ha sido desarrollado para lo que podemos llamar procesos médico-sanitarios especiales: donación de órganos, hemodonación, nuevas técnicas de reproducción asistida y aborto. Así ocurre con la Ley 30/1979, de 27 de octubre, Reguladora de la Extracción y Trasplante de Órganos y en el mismo sentido el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, la Ley 35/1988, de 22 de noviembre por la que se regulan las técnicas de reproducción asistida, por citar algún ejemplo<sup>384</sup>.

### **3.3.4. La Legislación Regional en Castilla-La Mancha**

La legislación de ámbito regional con respecto al C.I. en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, venía regulada por la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (D. O. C. M. nº 126 de 19 de noviembre de 2000). Reflejaba y adecuaba a la particularidad territorial, en cuanto a la materia que nos ocupa, el mandato constitucional (Art. 43), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y, aunque no lo menciona expresamente, el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 6 de noviembre de 1995, al que ya hemos hecho referencia. Tampoco menciona el Convenio de

---

384 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs.101 y 411-413.

Oviedo, que había entrado en vigor el 1 de enero del mismo año en que se aprueba esta ley, pero es fácil adivinar que influyó en el ánimo del órgano legislador regional. Casi dos años más tarde se aprueba la Ley 41/2002, que comentábamos en el apartado anterior. Había que ponerse al día, como lo hicieron otras Comunidades Autónomas. Bien, pues hemos tardado casi ocho años en alumbrar una nueva ley que regule los derechos y deberes en materia de salud, pero al fin lo han hecho con esta nueva Ley 5/2010, de 24 de junio que, entre otras cosas, deroga todo el Art. 4 de la anterior que regulaba la materia que nos ocupa.

Esta nueva y reciente Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla-La Mancha<sup>385</sup>, destina el Cap. II a los derechos a la información sanitaria, dedicando tres artículos (9,10 y 11) a la información asistencial. El primero de ellos garantiza el derecho a esta, ordenando, en el apartado 3, la obligación de respeto a la voluntad de no ser informado, si así lo expresa el paciente por escrito, debiendo incorporarse éste a la historia clínica. Este derecho se verá restringido en los supuestos de interés de la salud del paciente, la de terceros, de la colectividad o de las exigencias terapéuticas del caso. Los supuestos de restricción, primero y último, no se aclaran suficientemente y no entendemos como no puede ser respetado el derecho a no saber si la negativa a ser informado no lleva aparejada una obstrucción a la labor del médico, es decir, una negativa a la labor diagnóstica y terapéutica.

El Cap. III está dedicado a los derechos relativos a la autonomía de la voluntad, consagrando la sección primera a los principios y límites de esta (Arts. 14 y 15) y la segunda (Arts. 16 al 23, incluidos) al Consentimiento Informado. Con respecto a la primera decir que viene a garantizar el derecho a la libre determinación del paciente, habiendo este recibido la información adecuada, para elegir de forma autónoma entre las distintas opciones expuestas por el profesional y para negarse, si así lo desea, a procedimientos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos así como revocar decisiones tomadas con anterioridad. Las decisiones adoptadas por el paciente, en uso de su libertad y autonomía, serán respetadas con el único límite de la no violación del ordenamiento jurídico, los derechos de terceras personas y la buena práctica clínica. Limita los derechos del paciente en dos situaciones de excepcionalidad: el riesgo grave para la salud pública y la situación de urgencia con riesgo inmediato. Indica que en el primer caso habrá que dar cuenta a la autoridad judicial si las medidas acarrearán internamiento y, en el segundo, se habrá de consultar a la familia o personas

---

385 Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 131, págs., 32479-32483.

vinculadas, si las circunstancias lo permiten, informando al paciente cuando la situación de urgencia haya sido superada. No hace ninguna mención al privilegio terapéutico.

El Art. 16 define y garantiza las características que debe tener la información que se proporciona al paciente antes de recabar su consentimiento. En el apartado 1 dice que “*será comprensible, veraz y suficiente, objetiva y adecuada al procedimiento*”. Deberá proporcionar esta información el responsable de la asistencia, el que practique la intervención o aplique el procedimiento. El apartado 4 especifica aquellas partes que debe reunir la información proporcionada en cuanto se refiere a la identificación del proceso, los objetivos y beneficios esperables, las alternativas a este, las consecuencias que pueden derivarse de su realización o no, los riesgos frecuentes y poco frecuentes, pero de una esencial relevancia, directamente imputables al procedimiento en si, así como aquellos particulares por la situación clínica personal o profesional del paciente. Por último indica que deben incluirse las contraindicaciones.

A nuestro juicio la ley, por un lado, es poco concreta, pues al despachar los criterios y los estándares de información con términos tan ambiguos, deja un margen demasiado amplio a la interpretación de esta y, por otro lado, se torna peligrosa cuando, para determinar quien debe proporcionar la información, habla del “*profesional sanitario responsable de la asistencia*” ¿a quien se refiere, al médico, al/la supervisor/a de planta, al/la enfermero/a, al/la auxiliar de clínica? Todos ellos, y alguno más, son “*personal sanitario responsable de la asistencia*”.

El apartado 2, de este Art. 16, defiende la comunicación del médico (o profesional sanitario responsable) con el paciente cuando dice que “*la información se facilitará, por regla general, de forma verbal*” con las excepciones especificadas en el apartado 3 del Art. 18 y que, resumidas, vienen a ser las cirugías, procesos invasivos diagnósticos y terapéuticos y aquellos procedimientos que puedan suponer un riesgo cierto o previsible (anestesia, por ejemplo). En el apartado 3, del Art. 16, deja a criterio del facultativo el momento de la información pues se limita a indicar que se hará “*con la antelación suficiente*”.

Incide el órgano legislador, y lo repite dos veces, en lo que realmente debe ser el C. I.: un proceso de dialogo y de decisión compartida, basado en la comunicación oral, acorde con la tradición profesional y el respeto a la libertad individual y, sólo en aquellos casos en los que pudiera darse un hipotético y futuro conflicto con el paciente y/o con los familiares o allegados de este, se habrá de dejar constancia por escrito del compromiso adquirido, del contrato civil.

En cuanto al derecho a la renuncia a la información, el Art. 17, respetando lo preceptuado en el Art. 9, apartado 3, viene a reforzarlo pero sin que esto exima de la obtención del consentimiento. Es decir, el paciente puede no querer ser informado, y deberá ser respetado ese derecho, pero eso no es razón legal para que el facultativo no obtenga el consentimiento, sin el cual no puede ni debe acometerse el proceso. Lo que aquí se produce es una delegación de hecho, aunque no de derecho, de la decisión autónoma.

El objeto y el sujeto del consentimiento los viene a delimitar el Art. 18, refiriendo el primero a *“toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente”* siendo el primero un derecho del segundo que el profesional debe respetar obligatoriamente. El protocolo, cuando sea por escrito, deberá incorporarse a la historia clínica, a la vez que se entrega una copia al paciente. En caso de consentimiento verbal también deberá tener reflejo documental en la historia clínica. Por último, salvaguarda el derecho de retrotraerse, por parte del paciente, en su decisión sin que deba mediar explicación.

El otorgamiento por representación viene regulado por el Art. 20, que hace referencia expresa a estos casos, sea por incapacidad de hecho o de derecho. La de derecho la deja bastante clara en el apartado 1.b y en cuanto a la de hecho, en el 1.a y 1.c, remitiendo la responsabilidad a familiares, allegados, depositario de ésta por delegación previa o representantes legales, si los hubiera, y en el caso de menores, debiendo ser oídos estos si tienen los 12 años cumplidos. Hace la excepción de la representación en caso de menores emancipados y reconoce la mayoría de edad sanitaria, de acuerdo con la Ley Básica 41/2002, a los 16 años, introduciendo el condicionante de que si la situación es de riesgo deberán ser informados los padres y tenida en cuenta su opinión. Salvaguarda el interés del representado, otorgando al profesional sanitario la capacidad de recurrir a la autoridad competente (no especifica quien es), cuando la decisión del/los representante/s legales sea contraria a la salud del menor o incapacitado. En los casos de aborto, investigación, técnicas de reproducción asistida y donación de órganos remite a la normativa específica en estos supuestos y a lo preceptuado con carácter general sobre mayoría de edad.

En cuanto a las herramientas de la información las regula en el Art. 21, que viene a explicitar la forma y contenido del documento escrito, añadiendo a lo especificado en el Art.16, apartado 4, una serie de formalidades encaminadas a la identificación del centro, del profesional y del paciente o representante que otorga el consentimiento. Hace la reserva de declaración de la comprensión, del derecho a la revocación, sin expresión obligada de la causa de esta, y de haber recibido una copia. Por último, la forma del documento.

Podríamos pensar que los Arts. 16 y 21 definen los criterios y estándares de la información, y es posible que esa haya sido la intención del legislador. No es esa nuestra opinión. Entendemos que lo que definen son los elementos que deben integrar la herramienta a utilizar en la información y en el consentimiento, sea este verbal o escrito. Sigue el legislador, sustancialmente en el espíritu y en la letra, lo aprobado en el Consejo Interterritorial de Salud de 6-XI-95 que ya hemos comentado y demuestra sobradamente su fidelidad a la tradición española de legislar mucho y mal.

La negativa, por parte del paciente o sus representantes, a recibir un procedimiento viene regulada por el Art. 22. Este derecho queda, pues, salvaguardado en aras al respeto a la autonomía del paciente, viniendo el profesional sanitario obligado a cumplirlo e informar de las alternativas posibles, si las hubiera, y a ofertárselas si hubiera disponibilidad (apartado 1). En el caso de que estas también sean rechazadas se le propondrá, al paciente, el alta voluntaria y si tampoco acepta ésta se tramitará, por parte del centro, el alta forzosa a instancias del profesional responsable del caso (apartado 2).

El Art. 23, apartado 1, autoriza los procedimientos experimentales, en vías de validación o que formen parte de un proyecto de docencia o investigación, siempre que no supongan un riesgo adicional para la salud del paciente y habiendo sido este informado y advertido suficientemente. Deberá recibir una información comprensible acerca de los objetivos que se pretenden lograr, beneficios, incomodidades, riesgos previstos, posibles alternativas y los derechos y responsabilidades que conllevan. Será imprescindible, para la puesta en marcha del procedimiento, la previa autorización por escrito del paciente, al que le serán aplicables las normas del consentimiento informado, la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del centro.

En previsión de que el paciente no esté en condiciones de decidir sobre las actuaciones sanitarias que le puedan afectar en el futuro, este puede acogerse al derecho de anticipación de voluntades que regula el Art. 24, remitiendo, para el ejercicio de este derecho, a lo contenido en la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas.

Y hasta aquí lo que atañe a la legislación regional en Castilla-La Mancha en cuanto al objeto de esta Tesis Doctoral. Como colofón final comentar que es una ley casi idéntica a las del resto de las autonomías, salvo pequeñas diferencias de matiz. A todas las califica la ambigüedad y la vaguedad de términos, lo que deja un amplio margen de confusión a los profesionales y de maniobra interpretativa y de aplicación de la ley a los jueces.

### 3.3.5. La Jurisprudencia

Parece que está claro que el tradicional paternalismo, sobre el que se ha asentado el ejercicio profesional de la medicina durante milenios, ha sido desplazado por un nuevo paradigma ético asentado en los principios de respeto a la libertad del paciente y de la búsqueda de la excelencia moral y profesional. Y eso no solamente tiene su reflejo en la ética y la deontología médica sino también en las leyes. Así lo hemos demostrado.

En cuanto a la jurisprudencia se refiere, hallamos que ésta ha venido a sentar esta misma aseveración matizando, en la interpretación y aplicación de las leyes, aquellos aspectos que estas habían dejado en un limbo de ambigüedad. No podemos entrar en el análisis de las sentencias falladas sobre C. I. en España por su ingente volumen. Nos remitimos a los cuerpos documentales de los tribunales de nuestra nación: Supremo, Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales y al estudio realizado por Galán<sup>386</sup> en la obra citada.

Por lo que se refiere específicamente a la Anestesiología queremos hacer mención al magnífico trabajo de Mayo Moldes y Adls.<sup>387</sup>, en el que, tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, recogen 203 sentencias relacionadas con las consecuencias jurídicas de la aplicación del C.I. en Anestesiología. Al analizarlas muestran que no hay condena cuando se ha aplicado el C.I. oral o escrito. Tampoco la hay cuando se ha dado por sí sola, sin otro daño, la ausencia de C.I. No hay ninguna sentencia que aborde la antelación con que debe ser aplicado el C.I. Y dejan claro estas sentencias que, a pesar de que la Ley de Autonomía obliga a los profesionales a obtener el C.I. en cualquier proceso sanitario, el consentimiento escrito no es un *“deber formal, sino tan sólo un instrumento subordinado a un fin: el libre consentimiento”*. Es decir, para que exista responsabilidad por daño, es obligatorio que un riesgo se convierta en lesión o menoscabo de la salud.

### 3.4. Excepciones del Consentimiento Informado

Como todo cuerpo normativo, el C.I. también tiene sus excepciones que podemos enfocar desde el derecho o desde la ética. Nosotros nos atendremos, fundamentalmente, a esta última si bien hemos de significar que, normalmente, vienen contempladas por las leyes o han sido abordadas desde la jurisprudencia y, por ello, las mencionaremos en los casos que consideremos de relevancia.

---

386 GALAN CORTES, J.C., El Consentimiento Informado del Usuario de los Servicios Sanitarios, págs. 65-147.

387 MAYO MOLDES, M., BARREIRO CANOSA, JL., PEREIRA TAMAYO, JA. Y VILANOVA VAZQUEZ, V., Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol. 55, págs. 521-523.

Hay seis situaciones de excepcionalidad en las que el médico no está obligado a la obtención del consentimiento del paciente a la hora de acometer un proceso diagnóstico o terapéutico: grave peligro para la salud pública, la urgencia vital, incapacidad del paciente, rechazo o renuncia a la información, el imperativo legal y el privilegio terapéutico<sup>388</sup>.

Gracia y Júdez<sup>389</sup> afirman que en estas situaciones la no obtención del C.I. es moralmente legítima. El profesional carga con la responsabilidad moral y legal de demostrar que, efectivamente, se trata de una excepcionalidad en la que puede y debe obviarse la obtención de aquel. Estos autores reducen a cinco estas situaciones: la urgencia vital en la que es imposible comunicarse con el paciente ni con los familiares por las razones que fuere; la incapacidad del paciente en la que el proceso de consentimiento se lleva a cabo con los parientes o representantes legales; cuando exista un grave riesgo para la salud pública en que se puede, incluso, adoptar medidas coactivas aunque no corresponde al médico hacerlo por su cuenta; cuando medie una orden judicial (imperativo legal o judicial) y el privilegio terapéutico. No consideran, estos autores, que el rechazo a la información sea una situación de excepcionalidad que exima del consentimiento y nosotros mostramos nuestro acuerdo con ello, pues si el paciente se acoge, libre y conscientemente, a su derecho a no saber, depositando su confianza en el médico, no implica que no otorgue el consentimiento a la actuación que se pretende.

### **3.4.1. Grave peligro para la salud pública**

A lo largo de la historia de la medicina y aún hoy, cuando la autonomía del paciente es consagrada por la ética, la deontología y las leyes, tenemos multitud de ejemplos de imposición, en contra de la voluntad del individuo, de medidas preventivas o terapéuticas en aras a la protección de la salud pública amparadas por la ética médica y por la ley.

Desde la ética hemos de significar que es moralmente legítimo optar por el mal menor que significa vulnerar la autonomía del paciente frente a la violencia del principio de justicia que supondría poner en peligro a una comunidad.

Desde la perspectiva jurídica apuntar que la situación de excepcionalidad, en este caso, ya viene prevista y garantizada por las leyes que especifican en que casos pueden ser vulnerados o limitados los derechos del paciente en beneficio de la salud de la colectividad y las medidas que

---

388 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 262.

389 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la Práctica Clínica, pág. 50.

pueden llegar a tomarse<sup>390</sup>. Ponemos como ejemplo lo preceptuado en España en el Art. 9, apart. 2, letra a, de la Ley 41/2002, ya citada.

### 3.4.2. Situación de Urgencia Imperiosa o Vital

Su mismo enunciado establece los casos en que el C. I. no obliga al profesional, en cuanto que el enfermo debe recibir un tratamiento necesario, urgente y no postergable, sin esperar a conocer su voluntad respecto a la terapia a aplicar. En los casos de urgencia no vital, aunque deba adecuarse la cantidad de información a la situación, se debe intentar recabar el consentimiento<sup>391</sup>.

Esta situación imprevista, de grave riesgo para la vida del paciente, que impele a una actuación rápida e indemorable, justifica la excepción por sí misma.

Desde el punto de vista moral establece un conflicto entre dos principios éticos. Por un lado, respetar la autonomía del paciente y, por el otro, el de beneficencia, protegerle del daño. El argumento a favor de la actuación es bien sencillo en el sentido de que primero es la vida, pues malamente podrá ejercer su derecho de autonomía si pierde esta. Por tanto, salvar la vida es lo más importante en una situación de urgencia, lo demás vendrá después.

Desde el derecho significar que el ordenamiento jurídico también prevee este tipo de situaciones dejando claro que el paciente tiene derecho a que se le solicite el consentimiento salvo *“cuando la urgencia no permita demora por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de muerte”* (L.G.S., Art. 10, apart. 6, letra c).<sup>392</sup>. Hemos de aclarar que este artículo de la Ley General de Sanidad fue derogado por la Ley 41/2002 que, en su Art. 9, apart. 2, letra b, viene a decir lo mismo pero previniendo esta circunstancia bajo el calificativo de *“riesgo inmediato grave”*. Sin embargo hemos querido citarlo, con fidelidad al autor y su obra, porque la ley vigente copia el espíritu y la letra, aunque utilizando un término sinónimo, de la L.G.S.

Los anestesiólogos están en la obligación de proporcionar tanta información cuanta el tiempo y la circunstancia de urgencia permitan. Si se tiene constancia de que el paciente, previamente al establecimiento de la situación de urgencia, no hubiera deseado que se le proporcionase un tratamiento que creemos necesario, si no hay constancia documental que lo refrende, estamos en la obligación de proporcionar ese tratamiento en esas circunstancias sobrevenidas. Sólo se denegará este, independientemente de lo que digan otros compañeros

---

390 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 262 y 263.

391 FARRERAS VALENTI, P., ROZMAN C., Medicina Interna, pág. 62.

392 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 263 y 264.

implicados en el caso, si existe constancia documental de una declaración inequívoca, por parte del paciente, previa a la situación de urgencia, en ese sentido<sup>393</sup>.

### **3.4.3. Incapacidad del Paciente**

El propio autor<sup>394</sup>, que establece esta circunstancia de excepcionalidad, duda de que deba considerarse como una excepción, afirmando que al menos es discutible, en cuanto que la incapacidad no implica que el médico esté exento de obtener el C.I., sino que lo que varía, con respecto a este, es quien lo otorga. Luego debe entenderse que la situación de incapacidad del paciente es un elemento normativo, como ya hemos visto, y no una excepción, en cuanto obliga, igualmente, a la obtención de este, si bien el otorgante es persona distinta de la que va a recibir el acto médico.

En cualquier caso debe intentarse el dialogo con el enfermo hasta donde se pueda, asegurándonos de que esa incapacidad de hecho, ya que la de derecho nos viene dada, es real. También debemos contemplar la posibilidad de que el enfermo haya dado instrucciones previas de su voluntad, al respecto, en previsión de su incapacidad<sup>395</sup>.

### **3.4.4. Rechazo de la Información**

Algunas personas prefieren renunciar a la información e, incluso, a la toma de decisiones delegando ésta en el propio médico o en algún familiar o allegado. Si esto se hace desde la libertad individual y con todas las garantías debe ser respetado, es ética y jurídicamente correcto, si bien habrá de quedar constancia documental<sup>396</sup>.

Pero esta es una cuestión muy debatida y que ha suscitado, en algunos momentos, bastante polémica en el sentido de que de lo que se trata es de renunciar a la libertad con libertad. Sin embargo, y a pesar de estas polémicas, en los últimos años parece que hay consenso en que respetar la autonomía del paciente también implica respetar el derecho a no saber, si este así lo manifiesta.

---

393 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 3179.

394 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 264.

395 FARRERAS VALENTI, P., ROZMAN C., Medicina Interna, pág. 62.

396 Opus cit., pág. 62.

El Convenio de Oviedo y el Código de Ética y Deontología Médica vigente en España recogen el derecho a no ser informado. En el segundo se especifica que el médico informará al familiar o allegado que haya designado el paciente para tal fin<sup>397</sup>.

Por otra parte, la Ley 41/2002 en su Art. 9, apart. 1, establece el derecho del paciente a no ser informado, si así lo expresa, los límites de este derecho y cual debe ser la actuación del médico en este caso.

### **3.4.5. Mandato o Imperativo Judicial**

Esta excepción viene a justificar la actuación, por encima de los deseos del paciente, cuando es ordenada por los jueces para hacer prevalecer bienes jurídicos superiores al de la autonomía de aquel.

Es lo que ocurre, por ejemplo, en los casos de huelga de hambre de los presos. Se produce, éticamente hablando, un conflicto entre el deber de respetar la autonomía del paciente y el derivado del principio de justicia, que obliga a la administración a garantizar la vida y la salud de los presos a su cargo. Sin embargo esto no es tan sencillo, pues el deber de garante de la administración le exige poner todos los medios para evitar que se atente contra la vida y la salud de los presos, que son poseedores de todos los derechos salvo el de la libertad física y aquellos otros que especifique la sentencia, sin que de esa situación pueda derivarse el derecho a privarles de su autonomía a la hora de tomar la decisión de no alimentarse. En todo caso la excepción por mandato judicial será moralmente legítima cuando esté bien justificada y aplicada<sup>398</sup>.

Con relativa frecuencia se les presenta, a los anestesiólogos, este problema con las transfusiones de sangre a menores no emancipados y embarazadas que son Testigos de Jehová. El tratamiento jurídico del asunto es diferente que si se trata de un mayor capaz. Si el padre o representante del menor deniegan al anestesiólogo la realización de la transfusión, éste lo debe poner en conocimiento del juez. Si éste deniega la capacidad de aquel para rechazar la transfusión, basándose en la doctrina legal de la “patria potestad”, es decir, la obligación que tiene el estado de velar por los intereses de los incompetentes y ordena la transfusión, el anestesiólogo cumplirá con el mandato judicial. En el caso de las embarazadas, y dado que lo que puede ponerse en peligro es la vida del niño, es probable que el juez autorice la transfusión acogiéndose a la misma doctrina<sup>399</sup>.

---

397 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 265.

398 Opus cit., pág. 267.

399 MILLER, R.D., Miller Anestesia, pág. 3179.

### 3.4.6. El Privilegio Terapéutico

Entendemos como privilegio terapéutico la situación en la cual *“el médico puede legítimamente ocultar información si considera razonable que lo contrario podría resultar potencialmente perjudicial para un paciente deprimido, emocionalmente abrumado o inestable. Entre lo posibles perjuicios se incluyen poner en peligro la vida del paciente, precipitar decisiones irracionales y crear ansiedad o estrés”*<sup>400</sup>.

Entendemos, pues, como privilegio terapéutico la ocultación deliberada de información, por parte del médico al paciente, por considerar que el conocimiento de ella puede acarrear un daño psicológico grave que puede entrañar posteriormente, incluso, lesiones orgánicas severas. En los últimos siglos, al menos desde el inicio de la edad moderna, el privilegio, basado en que el médico goza de una moral especial, ha guiado la medicina paternalista, sobre todo a la hora de comunicación de diagnósticos y pronósticos fatales, en la relación médico paciente. Pero con la implantación del respeto a la autonomía del paciente este privilegio se va convirtiendo, aunque muy lentamente, en una excepción. Hoy se circunscribe a situaciones muy limitadas y que deben ser muy bien justificadas para ser aceptadas, llegando algunos autores a defender que sólo puede circunscribirse a una situación de incapacidad del paciente (por ejemplo, una situación de arritmia cardíaca que puede verse descompensada por la información y provocar una muerte súbita)<sup>401</sup>.

Desde el punto de vista ético podría estar justificado en pacientes excepcionalmente frágiles, pero estos casos son muy raros y la práctica demuestra que normalmente, incluso en estos pacientes, los efectos nocivos que podría acarrear la información, como son la ansiedad o la indocilidad, no se presentan. Por eso volvemos a insistir en que estamos hablando de una excepción de la obligación de informar. Recurrimos a la recomendación de un grupo de anestesiólogos que plantean una postura bastante aceptable: *“Hay que advertir a todo paciente que la anestesia presenta riesgos serios, aunque remotos, pero...debe ser el propio paciente el que decida cuanta información adicional sobre estos riesgos desea recibir”*<sup>402</sup>.

Tampoco desde el punto de vista legal debemos perder la perspectiva de que se trata de una excepción y como tal debe ser contemplado. Por esa misma excepcionalidad la formulación legal varía según la jurisdicción y va, desde la que permite que el médico pueda ocultar información siempre que esta pueda producir *“cualquier tipo”* de efecto antiterapéutico en el paciente, hasta la

---

400 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 143.

401 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 265 y 266.

402 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 143.

más estricta, que sólo admite su utilización cuando el médico considere que producirá en el paciente tal efecto que anule por completo su competencia para aceptar o rechazar el tratamiento o la actuación que se pretende. Establecer, por tanto, un criterio general de utilización desde el punto de vista legal es muy complicado, pues además los tribunales no precisan cuales son las excepciones válidas para los derechos legales que proclaman<sup>403</sup>.

En la legislación española aparece en la Ley 41/2002, en la que, bajo la denominación de “necesidad terapéutica”, en el Art. 5, apart. 4, hace referencia a este concepto de excepcionalidad como limitador del deber de informar al paciente debiendo hacerlo constar en la historia clínica y comunicando su decisión a “*las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho*”<sup>404</sup>.

Para concluir nos acogemos a lo que defienden Farreras y Rozman<sup>405</sup>, que al hablar de lo delicada que puede llegar a ser la situación de ocultación de información al paciente, aunque sea por considerarla perjudicial para él, en cuanto supone usurpación de su autonomía recomiendan que se razone en la historia clínica y, si es posible, compartir la decisión con otros profesionales o con el Comité de Ética del centro, si lo hubiera. Defienden que un pronóstico fatal no debe ser un argumento, la mayoría de las veces, para hurtar información, sino una buena razón para darla lo más completa posible. El velar la información o la mentira piadosa, no son éticamente defendibles. Mejor es optar, en la relación clínica, por la forma piadosa de decir la verdad.

### **3.5. Problemas del Consentimiento Informado**

En 1986 Faden y Beauchamp publicaron su libro sobre el estado de desarrollo del C.I. en los EE.UU. Con la célebre frase de “*Todo ha cambiado y nada ha cambiado*” resumían el diagnóstico de la situación, en cuanto que las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales, que mantenían el paternalismo médico, habían sido sustituidas por otras que propiciaban la participación del paciente en la toma de decisiones, pero muchos de los sanitarios habían claudicado en la forma, por razones fundamentalmente legales, pero en el fondo no habían asumido el cambio de mentalidad ética que viene a significar el C.I. En España ocurre otro tanto. Muchas cosas han cambiado pero no lo han hecho todo lo que podían y debían<sup>406</sup>.

---

403 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 143.

404 B.O.E. nº 27, del 15 de Noviembre de 2002, págs. 40126-40132.

405 FARRERAS VALENTI, P., ROZMAN C., Medicina Interna, págs. 62 y 63.

406 SIMON, P., Anuario del Sistema Sanitario Navarro, Vol. 29, pág. 30.

Por ello el primer problema de los que analizamos es el rechazo por parte de los profesionales de la medicina. Durante siglos se ha ejercido desde el paternalismo, que indudablemente tiene su aspecto positivo en cuanto preocupación y búsqueda, por parte del profesional, de lo mejor para sus pacientes. Pero el renunciar al monopolio de la decisión y tener que compartirla con el paciente, que no tiene formación, no ha sido ni es fácil para el médico<sup>407</sup>.

Al hilo con lo que Marañón defendía, hay muchos profesionales que entienden que es la propia profesión la que debe marcar la totalidad del contenido de sus obligaciones morales, sin ingerencia alguna por parte de la sociedad y de sus estamentos, dado que es una cuestión interna de la propia profesión. Esto lleva a la tesis, defendida por Marañón, de que no se le pueden exigir responsabilidades legales al médico sino sólo morales y deontológicas profesionales. Puro paternalismo. La modernidad ha admitido la autonomía de los seres humanos y, a partir de ahí, ha desarrollado mecanismos que les garanticen ser tratados como tales en todos los ámbitos de la vida. La cuestión de la salud no puede ser una excepción. Y uno de esos mecanismos es el derecho moderno, al cual deben estar sujetos los profesionales de la medicina. Quien siga anclado en la vieja filosofía de la beneficencia paternalista ha de reflexionar acerca del origen y los contenidos de los principios éticos que informan su moral profesional<sup>408</sup>.

A continuación del rechazo, por parte de los profesionales de la medicina, hemos de analizar el que puede producir en los pacientes. El no querer saber. Es una situación que, a medida que la sociedad avanza, ocurre menos. De hecho sucede con mayor frecuencia en las personas mayores. Los jóvenes son más conscientes de sus derechos y libertades como ciudadanos y, normalmente, sí que quieren saber. No obstante cuando esto se da, y habiendo agotado la vía de explicarle que tiene derecho a recibir la información sobre el asunto en cuestión, e insiste en que sea el médico el que tome la decisión que mejor sea para su proceso, estamos respaldando la autonomía moral y es legítimo<sup>409</sup>.

Hay estudios en EE.UU. con resultados contradictorios sobre este asunto, aunque probablemente se deba a la diferente metodología empleada al realizarlos. En general podemos afirmar que los deseos de información dependen de muchos factores. La naturaleza de la afección juega un papel importante; así en el caso de enfermedad aguda hay una mayor tendencia a “entregarse” a la voluntad del médico y no desear participar en la toma de decisiones, ocurriendo

---

407 GRACIA, D., JÚDEZ, J., *Ética en la Práctica Clínica*, págs. 48 y 49.

408 SIMON, P., *El Consentimiento Informado*, pág. 268.

409 GRACIA, D., JÚDEZ, J., *Ética en la Práctica Clínica*, págs. 48 y 49.

todo lo contrario si la enfermedad es crónica. El contexto sociocultural del que proviene el paciente también influye, tanto en la percepción de la enfermedad como en el concepto de ser autónomo, y se verá reflejado en el deseo de participación en la toma de decisiones. Interviene, como ya hemos dicho, la edad y, desde luego, el nivel educativo. En España no contamos con estudios significativos en este campo por lo que cualquier afirmación no pasa de mera conjetura. Lo que sí es seguro es que la sociedad española entiende que tiene derecho, moral y legal, a la información, que se debe pedir el consentimiento y facilitar la participación en la toma de decisiones<sup>410</sup>.

Otra cuestión que plantean frecuentemente los detractores del C.I. es la ansiedad que la información puede generar en el paciente. Sin embargo, los estudios realizados no lo confirman como cierto, lo cual hace pensar que dicho argumento tiene más de prejuicio que de otra cosa. Estos estudios, tanto norteamericanos como españoles, vienen a demostrar que no sólo no aumenta la ansiedad del paciente, sino que lo que sí eleva es la satisfacción de éste, el grado de conocimiento y, en algún caso, disminuye la ansiedad. Y, aunque la aumentaran, tampoco sería justificación para incumplir el deber que el médico tiene contraído, pues hay en la vida muchas cosas que provocan ansiedad y no por ello las evitamos (casarse, opositar, pedir un crédito, etc.)<sup>411</sup>.

El problema de la ansiedad no está en que información se da, sino en como se transmite ésta. Junto a esto debemos colocar el miedo del profesional a que la información lleve al paciente a rechazar una intervención necesaria para su salud. El argumento en contrario es el mismo. Como se transmite la información y el grado de implicación en ese proceso<sup>412</sup>.

Muy similar al argumento anterior de la ansiedad es el argumento de que la información proporcionada provoca que los efectos secundarios derivados del acto médico precipitan su aparición. Hay estudios norteamericanos que así lo demuestran en cuanto a efectos subjetivos leves. Pero también hay estudios que no confirman esa hipótesis. No obstante, la posibilidad de este evento no puede poner en solfa la teoría del consentimiento y, es posible, que lo que esté apuntando la aparición de esos efectos secundarios es una patología subyacente o la incapacidad del paciente o del sujeto de investigación<sup>413</sup>.

Aunque también, ¿No puede tratarse de una comprensión defectuosa?. Los estudios realizados sobre la comprensión de lo que el médico transmite al enfermo ponen sobre la pista de

---

410 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 269-271.

411 Opus cit., págs. 272-273.

412 GRACIA, D., JÚDEZ, J., Ética en la Práctica Clínica, págs. 48 y 49.

413 SIMON, P., El Consentimiento Informado, pág. 273.

que esta es bastante pobre. Pero hay que tener en cuenta que el primer problema surge al intentar definir y conciliar cómo se mide esta comprensión. De cualquier manera, el que los pacientes no entiendan la información que se les proporciona, no puede ser un argumento para la no realización del C.I. Más bien debe serlo para cuestionarse cómo el médico transmite ésta y buscar mecanismos que la mejoren, pues el C.I. forma parte de los deberes profesionales y dimana del derecho que la sociedad ha establecido y regulado como tal y el médico tiene la obligación de respetarlo, sobrepasando esta obligación, en cuanto que ha sido asumido como un deber moral de beneficencia, a la mera obligación ético-jurídica<sup>414</sup>.

Por último, el problema que deriva de la masificación de las consultas. La falta de tiempo es un argumento objetivo esgrimido por los profesionales de la medicina. Pero, dado que el C. I. es un derecho, las administraciones sanitarias deben prever tal inconveniente y estructurar y planificar el trabajo de manera y forma que, en la medida de lo posible, los profesionales puedan ejercer el respeto a ese derecho so pena de incurrir en responsabilidad objetiva. De cualquier manera, y aunque la administración no atienda a la obligación señalada, el profesional no queda exonerado, ni moral ni legalmente, del cumplimiento de su obligación<sup>415</sup>.

---

414 SIMON, P., El Consentimiento Informado, págs. 271-272.

415 Opus cit., págs. 274-275.



## *VI. MATERIAL Y MÉTODO*



Como ya hemos dicho en la introducción, esta Memoria se estructura en dos partes:

La primera analiza brevemente, utilizando la bibliografía disponible, la evolución histórica de la Anestesiología y del Consentimiento Informado para, a continuación, entrar en el análisis de los fundamentos teóricos de la moderna Ética Médica.

Para dicha investigación bibliográfica hemos seguido el método adaptado del Profesor Muñoz Garrido, basado en las normas UNESCO. Se ha comenzado con la localización y selección de la información de los textos en libros, revistas, páginas web y artículos científicos y, a continuación, al fichaje bibliográfico de éstos, su estudio sistemático y la extracción de la información que interesaba y su traslado a fichas conceptuales. Lo hacemos en soporte informático utilizando el programa “ FileMaker Pro 8”. Tras la elaboración de una base de datos compuesta por dichas fichas bibliográficas y conceptuales, se ha procedido a su impresión en soporte papel tamaño 10x15 para facilitar su manejo y estudio. Por fin, hemos procedido a la redacción.

En la segunda parte abordamos, desde la investigación de campo, la situación actual del Consentimiento Informado en Anestesiología en el Complejo Hospitalario de Toledo desde la óptica tanto de los Médicos Anestesiólogos como de los pacientes que son sometidos a intervención quirúrgica, diagnóstica o terapéutica, en dicho Complejo.

Con ello pretendemos conocer la situación, si no exacta, al menos lo más aproximada posible, del Consentimiento Informado en la especialidad médica de Anestesiología. Podríamos enfocar la investigación, y estaría más que justificada, desde el punto de vista de los anestesiólogos. Pero queremos ir un poco más allá y averiguar qué es lo que el paciente percibe y cómo responde en este asunto tan fundamental como es la libre elección del paciente fruto de la información recibida y de sus propias percepciones y circunstancias personales. Por ello hemos estructurado la investigación en dos apartados:

1. Anestesiólogos: En la última semana de Enero de 2011 se entrega un cuestionario en soporte de papel, con el ruego de respuesta y devolución, a todos y cada uno de los componentes del Servicio.
2. Pacientes: Durante los meses de Febrero y Marzo se realiza una encuesta a pacientes, también en soporte papel.

En ambos grupos de personas encuestadas el estudio se lleva a cabo con todas las garantías de confidencialidad, anonimato y respeto.

La sistemática seguida, una vez impresas las encuestas, ha sido, en el caso de los anestesiólogos, entregarles, como queda dicho, una a cada uno de los profesionales que componen el Servicio de Anestesiología del Complejo Hospitalario de Toledo, tanto adjuntos como residentes.

Se han repartido 53 cuadernillos que, una vez contestados, han sido recogidos para su cuantificación y análisis.

En cuanto al grupo de pacientes se ha procedido a repartir 510 cuadernillos a personas ya intervenidas, contemplando todas las especialidades quirúrgicas, que previamente habían pasado por la consulta de Anestesia. Quedan excluidos, por tanto, los pacientes operados de urgencia. Una vez respondidos, se ha procedido a la recogida para su cuantificación y análisis.

## **1. POBLACIÓN ESTUDIADA**

Se definen dos grupos de población diferentes. Un tipo de encuestas va dirigido al grupo de los médicos anestesiólogos y el otro al de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada.

### **1.1. Médicos Anestesiólogos**

#### **1.1.1. Descripción**

El Complejo Hospitalario de Toledo está formado por tres hospitales, dos de ámbito provincial (Hospital Virgen de la Salud y Hospital Virgen del Valle) y uno de ámbito nacional (Hospital Nacional de Parapléjicos) con una fuerte y variada carga quirúrgica apoyada por un único e importante Servicio de Anestesiología que proporciona toda la cobertura, en esta área del saber médico, a las necesidades requeridas. Hemos de hacer la salvedad de que el Hospital Virgen del Valle no tiene actividad quirúrgica propia, siendo derivados los pacientes que la necesitan al Hospital Virgen de la Salud.

#### **1.1.2. Cuantificación**

El Servicio está constituido por 53 profesionales, de los cuales 12 son Médicos Internos Residentes en formación, a los que llamaremos Residentes, y 41 son Médicos Especialistas en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. A estos últimos nos referiremos con el nombre de Adjuntos.

#### **1.1.3. Análisis de resultados y variables aplicadas**

Las respuestas obtenidas las analizamos globalmente refiriéndolas en tablas de doble entrada con los resultados y la correspondiente gráfica. A continuación enfrentamos estos resultados a las dos variables que hemos considerado de importancia: el sexo, mujer o varón, y la posición dentro del servicio, ya sea como médico que realiza un trabajo a la vez que recibe formación en la especialidad (residente), o como anestesiólogo ya formado (adjunto).

El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante el programa informatizado “IBM SPSS statistics 19 para Windows”.

## 1.2. Pacientes

### 1.2.1. Descripción

La población son los pacientes objeto de tratamiento anestésico previo a una intervención diagnóstica o terapéutica de forma programada en el Complejo Hospitalario de Toledo. Dada la imposibilidad de obtener respuesta de todos y cada uno de los individuos de dicha población, se ha procedido a analizar una muestra proporcional en los distintos servicios médicos y quirúrgicos de actuación del Servicio de Anestesiología del Complejo Hospitalario.

### 1.2.2. Cuantificación

La base de datos que se utilizará para determinar la composición de la muestra será la memoria de actividad del Complejo Hospitalario de Toledo correspondiente al año 2010 proporcionada por el Servicio de Calidad tal como vemos en la tabla 1:

sescam		SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA		4501 COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO		4501 COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO					
Informe Área Quirúrgica		Período: Enero-Diciembre de 2010		4501 COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO							
QUIROFANOS				PROMEDIO MES							
		Nº	H.MES Q.	T.DISP.		REND.					
<b>QUIROFANOS FUNCIONANTES MAÑANA</b>		<b>11,94</b>	<b>144</b>	<b>1.717</b>	<b>1.346</b>	<b>78,3%</b>					
	HOSP.	11,47	146	1.670	1.298	77,7%					
	CEP	0,47		48	48	100,0%					
<b>QUIROFANOS FUNCIONANTES TARDE</b>		<b>5,10</b>	<b>133</b>	<b>680</b>	<b>680</b>	<b>100,0%</b>					
	HOSP.	4,63	138	640	640	100,0%					
	CEP	0,48	0,48	40	40	100,0%					
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS				ACUMULADO PERÍODO							
Nº IQP	HOSPITAL	CEP	TOTALES	Nº IPQ/Q.FUN	TIEMPO/INT	Nº IQP SUSPENDIDAS	Nº %				
MAÑANA	9.988	2.213	12.201	1022	79 Minutos	HOSPITALIZACIÓN	385 4,8%				
TARDE	8.971	1.964	10.935	2143	45 Minutos	AMBULATORIAS	180 1,1%				
<b>TOTALES</b>		<b>23.136</b>									
SERVICIOS: ACUMULADO PERÍODO				ACTIVIDAD		RENDIMIENTO					
				IQPH	IQPA	IQUH	IQUA	TOTALES	IQPH/Nº FAC	IQP(H+A)/Nº FAC	IQ/Nº FAC
C. General y A. Digestivo				1.583	3.585	781	111	6.060	66,0	215,3	252,50
Urología				637	433	172	42	1.284	45,5	76,4	91,71
Traumatología y C. Ortopédica				1.899	2.126	235	108	4.368	73,0	154,8	168,00
Otorrinolaringología				357	801	81	10	1.249	32,5	105,3	113,55
Oftalmología				203	2.629	38	17	2.887	8,1	113,3	115,48
Obstetricia											
Ginecología				688	575	1.519	18	2.800	19,9	36,6	81,16
C. Cardíaca				362	5	81	4	452			
C. Pediátrica				325	494	90	1	910	162,5	409,5	455,00
C. Maxilofacial				202	578	11	1	792			
C. Plástica y Reparadora				250	316	4	3	573	83,3	188,7	191,00
C. Torácica											
Neurocirugía				679	54	264	10	1.007	84,9	91,6	125,88
Angiología y C. Vascular				404	879	276	34	1.593	80,8	256,6	318,60
Dermatología				3	2.189	1	1	2.193	0,3	243,6	243,67
Otros (Anestesia)				1	879	36	6	922			
<b>Totales</b>				<b>7.593</b>	<b>15.543</b>	<b>3.588</b>	<b>366</b>	<b>27.090</b>	<b>44,27</b>	<b>134,90</b>	<b>157,96</b>
TASAS			Habitantes	430.000		SIGLAS					
CIRUJANOS	/10.000 HAB		3,99	H.MES Q.		Horas disponibles por quirófano y mes					
ANESTESISTAS	/10.000 HAB		0,80	T.DISP.		Promedio de horas quirófano disponibles al mes					
IQPH	/1.000 HAB		17,66	T.UTIL.		Promedio de horas quirófano utilizadas al mes					
IQPA	/1.000 HAB		36,15	REND.		Rendimiento, porcentaje de horas utilizadas sobre las disponibles					
IQUH	/1.000 HAB		8,34	Nº IQP		Numero de intervenciones quirúrgicas programadas					
IQ TOTALES	/1.000 HAB		63,00	Nº IPQ/Q.FUN		Numero de intervenciones quirúrgicas programadas por quirófano funcionante					
QUIROFANOS MAÑ	/100.000 HAB		2,78	TIEMPO/INT		Tiempo medio por intervención					
QUIROFANOS TAR	/100.000 HAB		1,19	Nº FAC.		Numero de facultativos					
				IQPH, IQPA, IQUH, IQUA		Intervenciones (I) Quirúrgicas (Q) Programadas (P) Urgentes (U) Hospitalizadas (H) Ambulatorias (A)					

Tabla 1

De dicha memoria tenemos en cuenta únicamente los datos correspondientes a las intervenciones quirúrgicas programadas, tanto hospitalarias como ambulatorias, quedando, por tanto, excluidos los datos correspondientes a aquellas intervenciones urgentes ya que por su propia naturaleza no son pacientes que hayan pasado previamente una consulta preanestésica. En la tabla 2 vemos los datos a tener en cuenta.

<b>SERVICIOS: ACUMULADO PERIODO</b>		
	<b>IQPH</b>	<b>IQPA</b>
C. General y A. Digestivo	1.583	3.585
Urología	637	433
Traumatología y C. Ortopédica	1.899	2.126
Otorrinolaringología	357	801
Oftalmología	203	2.629
Obstetricia		
Ginecología	688	575
C. Cardíaca	362	5
C. Pediátrica	325	494
C. Maxilofacial	202	578
C. Plástica y Reparadora	250	316
C. Torácica		
Neurocirugía	679	54
Angiología y C. Vascular	404	879
Dermatología	3	2.189
Otros (Anestesia)	1	879
<b>Totales</b>	<b>7.593</b>	<b>15.543</b>

*Tabla 2*

De estos datos excluimos los de aquellos Servicios que, o bien no precisan de Anestesiólogos para realizar su actividad, o no envían a sus pacientes a la consulta programada preanestésica, sino que solicitan de forma urgente una valoración previa a la intervención. Quedan, por tanto, excluidos los Servicios de Dermatología, Cirugía Plástica y Cirugía Vascular. Por ello, finalmente, los datos de la población a estudiar son los que vemos reflejados en la tabla 3.

<i>Especialidad</i>	<i>Pacientes Operados</i>	<i>Porcentajes</i>
Urología	1070	5,60%
Cirugía General	5168	27,06%
Cirugía Cardíaca	367	1,92%
ORL	1158	6,06%
Traumatología	4025	21,08%
Oftalmología	2832	14,83%
Unidad de Dolor	880	4,61%
Ginecología	1263	6,61%
C.Maxilofacial	780	4,08%
C.Pediátrica	819	4,29%
Neurocirugía	733	3,84%
<i>Total</i>	19095	100%

*Tabla 3*

Una vez establecida cuál es la población objetivo tenemos que obtener una muestra lo suficientemente representativa de la población como para poder extrapolar las propiedades de esta muestra al conjunto de la población. Para ello debemos elegir, primeramente, el método de muestreo que vamos a llevar a cabo y, posteriormente, decidir el tamaño muestral.

Respecto al método de muestreo, hemos optado por hacer un muestreo aleatorio en el que todos los individuos pertenecientes a la población tienen una probabilidad distinta de cero de resultar elegidos. Dentro de los distintos tipos de muestreo aleatorio posibles hemos optado por el muestreo estratificado, donde cada grupo viene definido por la especialidad de la que van a ser intervenidos, con asignación proporcional, en cuanto que el tamaño de cada grupo es proporcional al tamaño del mismo dentro de la población (este tamaño viene reflejado en la tabla 3).

Una vez decidido el método de muestreo, tenemos que decidir el tamaño muestral que depende del tamaño de la población y de otra serie de parámetros como el nivel de confianza o el error que estamos dispuestos a asumir. Se puede calcular este tamaño muestral a partir de la siguiente fórmula:

$$n = Z_{\alpha}^2 \times \frac{N \times p \times (1 - p)}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde N es el tamaño de la población (en nuestro caso vale 19.095), p la probabilidad de dar una respuesta (hemos considerado que vale 50%), e es el error de la estimación (hemos considerado asumir un 4,3% de error),  $Z_{\alpha}^2$  es el valor de la distribución que depende del nivel de confianza elegido (en nuestro caso es 1.96 porque hemos optado por un nivel de confianza del 95%). El tamaño muestral obtenido, una vez aplicada dicha fórmula, es igual a 500.

### **1.2.3. Análisis de resultados y variables aplicadas**

Al igual que con los anestesiólogos, las respuestas de los pacientes las analizamos globalmente mediante tablas de doble entrada con los resultados y la correspondiente gráfica. A continuación enfrentamos estos resultados a las variables elegidas: sexo, grupos de edad y nivel de formación.

## **2. ENCUESTAS**

### **2.1. Formato físico**

Impresión en hoja, tamaño DIN-A4, en cara única. Encuesta de Anestesiólogos: Portada y 7 páginas. Encuesta de pacientes: Portada y 4 páginas.

### **2.2. Autorización por el Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario de Toledo**

Antes de iniciar la tarea se solicitó, en primer lugar, la autorización para realizar este trabajo de investigación al Jefe del Servicio de Anestesiología, el Dr. D. Filadelfo Bustos Molina. Una vez obtenida su aprobación, y con su apoyo, se presentó al Comité de Ética e Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo el estudio para su análisis y, si así lo estimaba, su aprobación y autorización. Para ello se entregó una memoria acompañada de las encuestas que se iban a realizar. Tras su estudio por el Comité, se autorizó la realización del trabajo de investigación tal y como queda reflejado en el siguiente documento:

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD  
Avda. Barber, 30. 45004. Toledo. Teléfono 925 269200



C. E. I. C. SALIDA	
FECHA:	11/01/11
N.º	15

### DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Enriqueta Muñoz Platón, Secretaria del Comité Ético de Investigación clínica del "Complejo Hospitalario de Toledo".

CERTIFICA:

Que se ha evaluado el proyecto de investigación titulado: "Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el complejo hospitalario de Toledo", para tesis doctora, presentada por Dra. María López Gómez,, considerando que::

Por la naturaleza del estudio, no se han encontrado aspectos éticos y legales que impidan la realización de este estudio.

Lo que firmo en Toledo, a 11 de enero de 2011

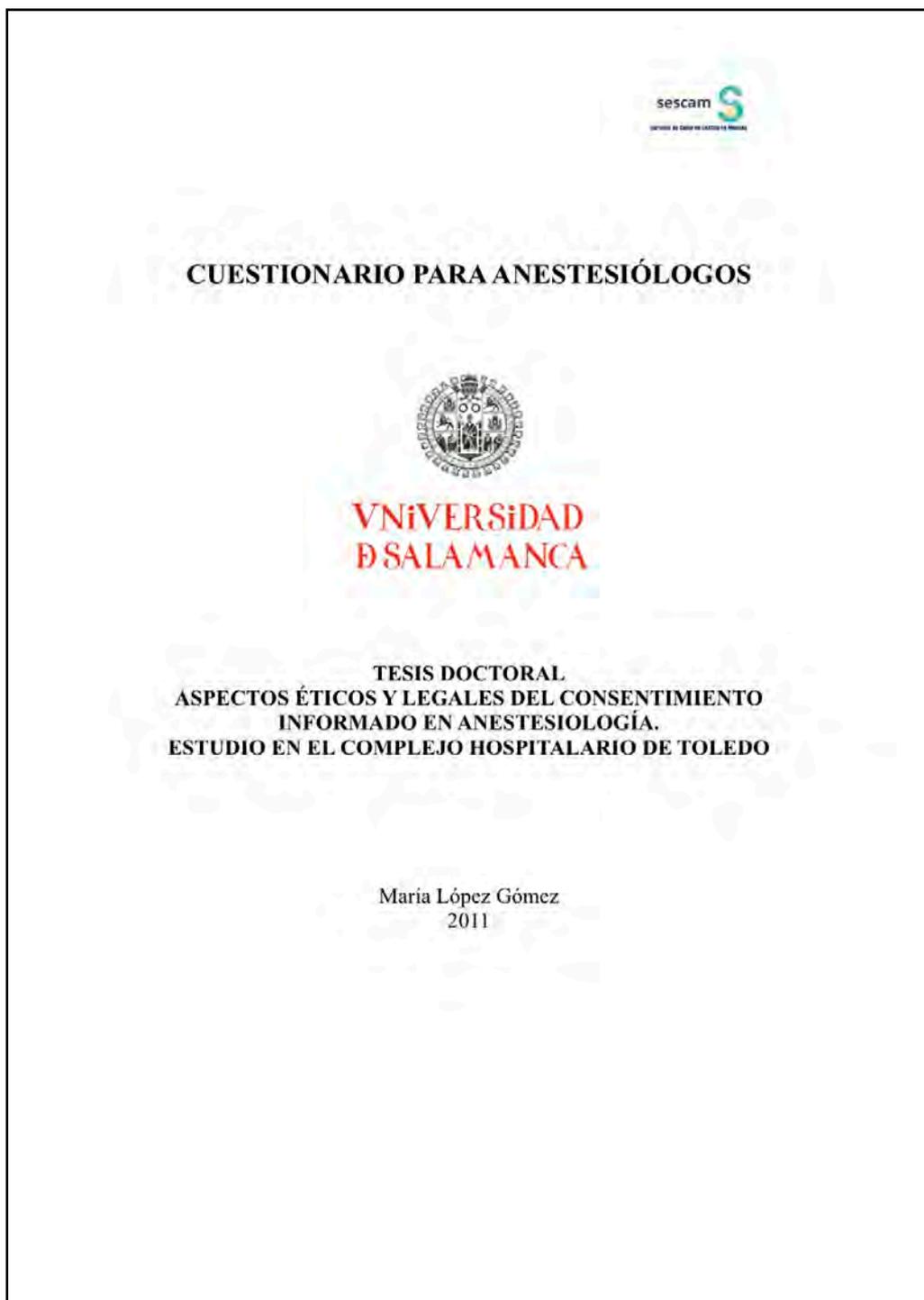
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO
Fdo: Enriqueta Muñoz Platón
COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION CLINICA

## 2.3. Contenido

Se intentó que el formato diseñado para las encuestas fuese similar. Todas cuentan con una portada seguida de las cuestiones planteadas. En el caso de las encuestas a los Anestesiólogos, se añadió una carta de presentación dirigida a los compañeros solicitando su colaboración.

### 2.3.1. Encuesta dirigida a Médicos Anestesiólogos

#### 2.3.1.1. Portada



### 2.3.1.2. Carta de presentación a los compañeros

Toledo, 21 de Enero de 2011

Distinguido compañero:

Me permito solicitar tu atención y tu tiempo manifestándote, de antemano, mi gratitud por dedicármelos.

Como parte final de mis estudios de posgrado afronto como Tesis Doctoral el estudio de los **“ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ANESTESIOLOGÍA”** en nuestro Complejo Hospitalario.

Por esta razón necesito tu colaboración contestando el cuestionario que, a continuación, te presento. Consta de cinco bloques de preguntas. El primero son datos demográficos. El segundo trata de averiguar la formación recibida en la materia. El tercero trata de establecer el grado de conocimiento que posee sobre los fundamentos que regulan nuestro ejercicio profesional. El cuarto bloque nos dará la opinión y actitud ante el consentimiento informado en Anestesiología y, por último, el quinto bloque nos proporcionará información sobre los problemas que se plantean día a día con el consentimiento informado.

El cuestionario es anónimo, pretende conocer opiniones reales, no juzgarlas. Te ruego seas sincero al cumplimentarlo. Aunque entiendo que en algunas preguntas será difícil, tendrás que optar por aquella respuesta que más se adapte a tu opinión.

Termino como empecé, agradeciendo una vez más tu ayuda.

María López Gómez

### 2.3.1.3. La encuesta propiamente dicha

Consta de treinta y seis preguntas estructuradas en seis bloques diferenciados en su contenido y uno de agradecimiento.

#### BLOQUE I: DATOS DEMOGRÁFICOS

##### **I.-DATOS DEMOGRAFICOS.**

A continuación se solicitan una serie de datos demográficos

I.1.-Edad: \_\_\_\_\_ años

I.2.-Sexo:

- Varón                       Mujer

I.3.-Puesto de trabajo:

- Adjunto                       Residente

I.4.-Años de ejercicio en Anestesiología: \_\_\_\_\_ años

#### BLOQUE II: FORMACIÓN ÉTICA

##### **II.-FORMACIÓN ÉTICA.**

Las siguientes preguntas van encaminadas a conocer la formación que ha recibido en Ética y Deontología Médica antes y después de obtener su licenciatura y su opinión sobre la necesidad de esta formación.

II.1.- ¿Cursó Ética Médica como asignatura en la licenciatura?

- sí                       no                       no lo recuerdo

II.2.- ¿Ha recibido formación en ética tras su licenciatura?

- no  
 sí, autoformación  
 sí, cursos  
 sí, Master o Doctorado  
 sí, otros (Congresos, Simposiums...)

II.3.- ¿Ha habido algún profesional de la medicina que haya influido, por su elevada actitud ética, sobre vd?

- sí                       no

II.4.- ¿Considera que la Ética Médica es una disciplina que debe formar parte de la formación del licenciado en medicina?

- sí                       no

BLOQUE III: CONOCIMIENTO DE LOS FUNDAMENTOS QUE REGULAN EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

**III.-CONOCIMIENTO DE LOS FUNDAMENTOS QUE REGULAN EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO.**

Las siguientes preguntas están encaminadas a saber que conocimientos posee de los tres pilares básicos sobre los que se asienta y que regulan el ejercicio profesional médico: Ética, Deontología y Normas Legales.

III.1.- ¿Conoce las cuatro principales teorías éticas que afectan al ejercicio profesional médico? (Ética de la Virtud, Deontologismo, Consecuencialismo y Ética de los Principios.)

- sí                       no

III.2.- ¿Conoce los cuatro principios éticos principales? (Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía)

- sí                       no

III.3.- ¿Conoce y maneja el Código de Ética y Deontología Médica vigente?

- sí                       no

III.4.- ¿Conoce la normativa legal vigente que regula el ejercicio profesional médico? (Constitución Española, Ley Gral. de Sanidad, Ley de O. de la Prof. Sanitarias, Ley Básica de Autonomía del paciente y Normativa autonómica al respecto.)

- sí                       no

BLOQUE IV: ACTITUD ANTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ANESTESIOLOGÍA

**IV.- ACTITUD ANTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (C.I.) EN ANESTESIOLOGÍA**

Deseamos saber cuál es su opinión y consecuente actitud ante el C.I. en Anestesiología

IV.1.- ¿Considera necesario el C.I. en Anestesiología?

- sí
- no

IV.2.- ¿Cuál es la razón principal por la que aplica el C.I.?

- por imperativo legal
- por convencimiento de que el paciente debe conocer el proceso a que va a ser sometido y así poder decidir libremente
- porque es un protocolo mas que hay que seguir

IV.3.- ¿Que valora más en el proceso del C.I.?

- la cantidad de la información
- la calidad de la información
- ambas cosas por igual

IV.4.- Cuantifique que porcentaje de pacientes considera que están capacitados para comprender la información que se les proporciona:

- <20%
- 20-40%
- 40-80%
- >80%

IV.5.- Siendo necesaria la intervención ¿que considera adecuado para que el paciente firme el C.I.?

- utilizar la persuasión
- utilizar la presión
- utilizar a la familia para que acceda
- darle la explicación adecuada y que decida

IV.6.- ¿Considera que debe respetar el derecho a no saber, si así se lo manifiesta el paciente?

- sí
- no

IV.7.- ¿Cómo considera el formulario de C.I. que actualmente utiliza en su hospital?

- adecuado
- insuficiente
- muy amplio
- de difícil comprensión

## BLOQUE V: PRÁCTICA CLÍNICA DEL PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **V.- PRÁCTICA CLÍNICA DEL PROCESO DEL C.I.**

Le rogamos que nos conteste a las siguientes preguntas sobre la utilización del C.I. que maneja en su práctica clínica.

V.1.- En su ejercicio profesional en este Complejo hospitalario, ¿les facilita el documento de C.I. de anestesia a todos los pacientes?

- sí                       no

V.2.- Además de obtener el consentimiento del paciente ¿deja constancia de este hecho en la historia clínica?

- sí                       a veces                       no

V.3.- Si el paciente se lo solicita ¿amplia o explica la información?

- sí                       a veces                       no

V.4.- En el caso de su hospital ¿dispone el anestesiólogo de tiempo suficiente para responder a las dudas que pueda tener el paciente?

- sí                       a veces                       no

V.5.- ¿Facilita al paciente información sobre la técnica anestésica que probablemente se vaya a emplear durante la intervención?

- Siempre                       a veces                       nunca

V.6.- Al entregar el C.I., si es posible realizar para esa intervención diferentes modalidades de anestesia, ¿se las explica vd. al paciente permitiendo que sea el quién decida cuál realizar?

- Siempre                       a veces                       nunca

V.7.- ¿Intenta hacer comprender al paciente y/o familiares los riesgos derivados del acto anestésico?

- Siempre                       a veces                       nunca

V.8.- ¿Con que extensión proporciona al paciente la información de los riesgos a los que estará expuesto en el acto anestésico?

- “a grosso modo”  
 exhaustivamente (incluso con porcentajes de riesgo y/o mortalidad)  
 gradúa la información, dependiendo de la actitud del paciente

V.9.- ¿A quien prefiere informar de los riesgos?

- al paciente  
 a la familia  
 al paciente y a la familia

V.10.- Cuando tiene dificultad de comunicación con el paciente por barreras idiomáticas ¿que hace?

- intento hacerme entender con gestos u otro idioma
- solicito un traductor
- le hago que firme sin más
- deniego la actuación anestésica hasta que se solucione el problema

V.11.- ¿Y si la barrera para la actuación anestésica es cultural o religiosa?

- trato de persuadirle
- le informo de lo que sé que va a admitir
- traslado el caso a otro compañero
- deniego la actuación anestésica hasta que se solucione

V.12.-¿Utiliza el llamado “privilegio terapéutico”? (No recabar el C.I. si cree que va a causar un trastorno emocional al paciente que le impida estar en situación de decidir)

- siempre
- nunca
- sólo en situaciones de excepcionalidad

## BLOQUE VI: PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGÍA

### **VI.- PROTOCOLO DE C.I. DE ANESTESIOLOGÍA**

Queremos conocer la respuesta que da a alguno de los problemas que se le plantean, o se le pueden plantear, en la utilización del C.I. en su práctica clínica en este Complejo Hospitalario.

VI.1.- ¿Está de acuerdo con el actual documento de c.i. de anestesiología utilizado en este Complejo Hospitalario?

- Sí                       no                       sólo en parte

VI.2.- ¿En alguna ocasión le ha ocurrido que el paciente al que está informando desconozca el tipo de intervención que le van a realizar y los riesgos derivados de la misma?

- en numerosas ocasiones                       no                       sólo en parte

VI.3.- En el caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿que hace?

- informa también de la intervención quirúrgica y sus riesgos  
 informa únicamente de lo referente a la anestesia  
 espera a que el cirujano informe al paciente de la intervención quirúrgica antes que Vd.

VI.4.- ¿Tendría alguna ventaja un único C.I. de Anestesia y Cirugía?

- sí                       no

VI.5.- En el caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿quien cree que debería explicar al paciente el C.I..?

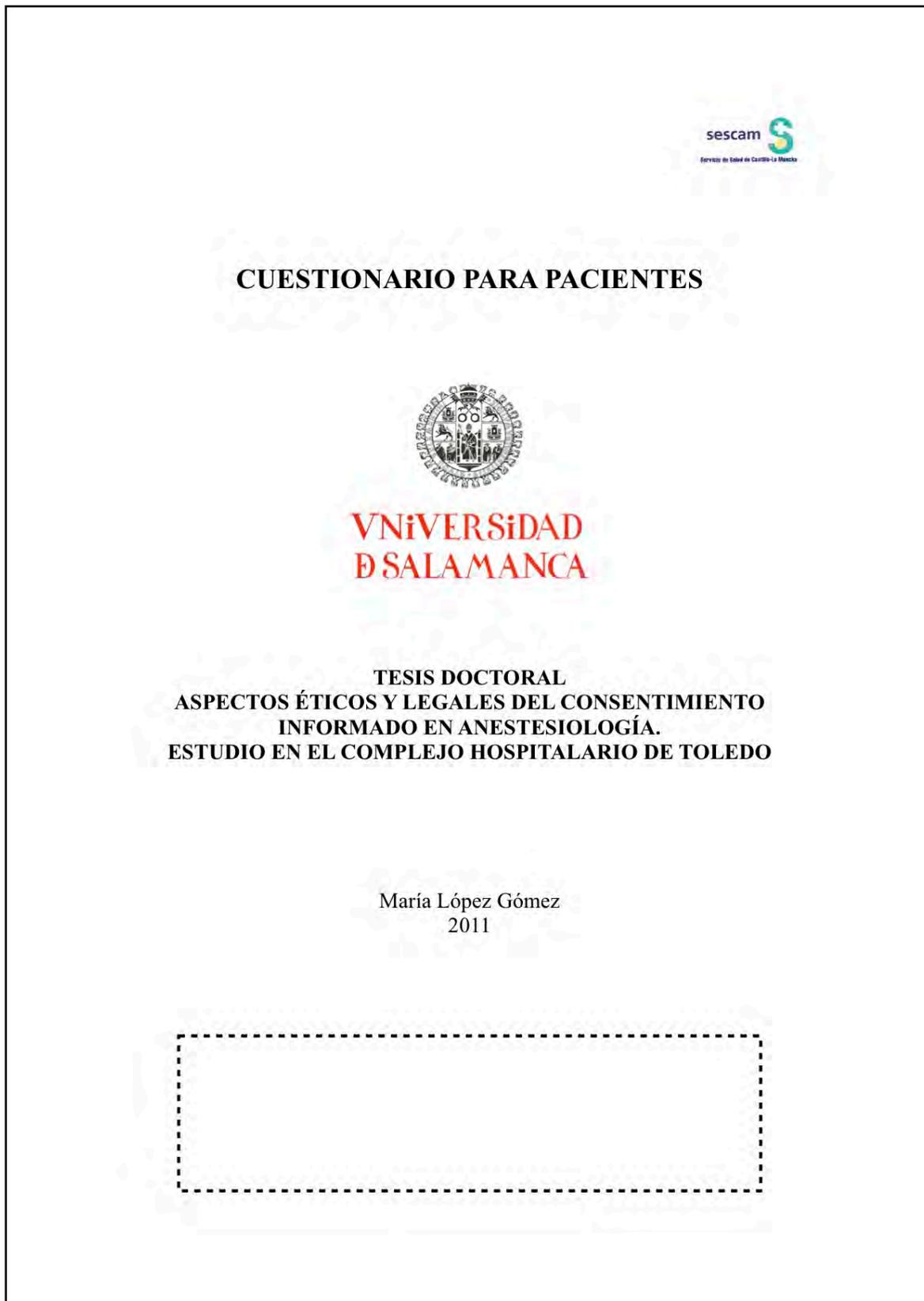
- el cirujano  
 el anestesiólogo  
 ambos médicos conjuntamente  
 cualquiera de ellos pero sólo uno para evitar confusiones

## BLOQUE VII: AGRADECIMIENTO

**VII.- MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## 2.3.2. Encuesta dirigida a pacientes

### 2.3.2.1. Portada



### 2.3.2.2. La encuesta propiamente dicha

Con cinco apartados de contenido diferenciado que engloban un total de veintinueve preguntas, y un apartado de agradecimiento.

#### BLOQUE I: DATOS DEMOGRÁFICOS

Recabamos, al igual que con los anesthesiólogos, información que servirá para el establecimiento de las variables a las que enfrentaremos, para su análisis, las respuestas obtenidas.

#### **I.-DATOS DEMOGRAFICOS.**

I.1.-Edad: \_\_\_\_\_ años

I.2.-Sexo:

- Varón                       Mujer

I.3.-Formación:

- No sabe leer ni escribir
- Lee y Escribe
- Estudios Primarios
- Estudios Grado Medio
- Estudios Superiores

I.4.-Especialidad responsable de la intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

## BLOQUE II: ACTITUD ANTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Cómo afronta el paciente el proceso de C.I.?

### **II.-ACTITUD ANTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

II.1.- Antes de ser informado ¿le preguntaron si quería recibir información sobre la anestesia?

- Sí                       No

II.2.- ¿Considera necesario que se le informe de los riesgos de la anestesia que se le va a practicar?

- Sí                       No                       Me da igual

II.3.- ¿A quien cree que deberían informar?

- Al paciente             A la familia             A ambas partes

II.4.- ¿Considera que la información proporcionada le ha producido más ansiedad y miedo ante la intervención?

- Sí                       No

II.5.- ¿Cree que hubiera sido mejor que no le dijeran nada?

- Sí                       No                       Me es indiferente

II.6.- ¿Por qué cree que le informan?

- para “cubrirse las espaldas” porque les obliga la ley
- para prevenir al paciente y su familia de posibles complicaciones
- para que el paciente y/o su familia tengan toda la información antes de decidir si es anestesiado o no

II.7.- ¿Cree que el anestesiólogo dispone de tiempo suficiente para explicarle cuál será la anestesia que va a practicarle, los riesgos de ésta y que pueda preguntarle sobre las dudas que tenga?

- Sí                       No                       En algunas ocasiones

### BLOQUE III: INFORMACIÓN RECIBIDA

¿Qué percepción y qué recuerdo le queda de la información que se le proporcionó?

#### **III.-INFORMACIÓN RECIBIDA.**

III.1.- ¿Le informaron de que iba a ser anestesiado, en que consistía la anestesia y los riesgos de esta?

- Sí                       No                       No lo recuerdo

III.2.- Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido “sí”, responda ¿quien le informó?

- El Anestesta  
 La Enfermera  
 La Auxiliar

III.3.- ¿De qué forma se le proporcionó la información?

- Oral                       Escrita                       Oral y escrita

III.4.- ¿Comprendió las explicaciones que le dieron sobre la anestesia?

- Todo                       Un poco                       Nada

III.5.- ¿Pidió explicaciones al anestesta sobre lo que no entendía?

- si  
 no, me daba vergüenza  
 no, no quería que me informasen  
 no, me pongo muy nervioso/a

III.6.- ¿Le contestó el anestesta a las dudas que le planteó?

- si, a todas  
 si, parcialmente  
 no me hizo caso  
 no me contestó

III.7.- Al explicarle el C.I. ¿le explicaron también las diferentes opciones de anestesia que se le podían practicar?

- Sí                       No                       No lo recuerdo

III.8.- Los riesgos de la anestesia ¿cómo se los explicaron?

- a “grosso modo”                       con poco detalle                       con mucho detalle

III.9.- En general ¿cómo calificaría la información recibida?

- Suficiente                       Insuficiente

## BLOQUE IV: CAPACIDAD DE DECISIÓN

El enunciado de la pregunta habla por sí mismo.

### **IV.-CAPACIDAD DE DECISIÓN**

IV.1.- Con la información recibida ¿se considera capacitado para tomar la decisión de que le anestesien?

- Sí
- No

IV.2.- ¿Preferiría que la información se la dieran a su familia en vez de a Vd.?

- Sí
- No
- Me es indiferente

IV.3.- ¿Que valora más de la información recibida?

- La cantidad
- La calidad
- ambas cosas

IV.4.- Si le tuvieran que volver a operar ¿como le gustaría que se hicieran las cosas en cuanto al C.I.?

- igual
- que no me informasen
- querría mas información

## BLOQUE V: DECISIÓN

¿Existe la decisión autónoma?

### **V.-DECISIÓN**

V.1.- Ha tomado libremente y Vd. solo, la decisión de ser anestesiado?

- sí
- no, lo he consultado con mi familia
- no, la han tomado ellos

V.2.- ¿Se ha sentido presionado por el anestesista para ser anestesiado?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

V.3.- ¿Y por su familia?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

V.4.- ¿Ha firmado un documento otorgando su consentimiento para ser anestesiado?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

V.5.- ¿Considera importante firmar ese documento otorgando su consentimiento para ser anestesiado?

- Sí
- No es necesario
- Es puro trámite

## BLOQUE VI: AGRADECIMIENTO

**VI.-GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

### 3. ESTADÍSTICA DE CONTRASTE UTILIZADA

Junto con la estadística descriptiva de la muestra analizada, se han realizado dos tipos de análisis:

Por un lado, se ha estudiado la significatividad de las proporciones muestrales de cada respuesta como estimadores de las proporciones poblacionales.

Por otro lado, hemos estudiado la posible relación de dependencia que pueda existir entre alguna de las variables demográficas y las respuestas dadas a las diversas cuestiones. Es decir, queremos estudiar si la respuesta dada a alguna de las cuestiones depende de las características demográficas de los sujetos objeto de la encuesta.

El contraste utilizado en el primer análisis es el de Chi-cuadrado, cuya idea básica consiste en comparar las frecuencias observadas en la muestra para cada una de las respuestas, con las frecuencias esperadas si las respuestas fueran aleatorias (misma frecuencia para cada respuesta). En este contraste, la hipótesis nula recoge la distribución teórica que implica una determinada probabilidad  $p_i$  para cada una de las respuestas consideradas con  $\sum p_i = 1$ . La probabilidad  $p_i$  multiplicada por el tamaño muestral proporciona la frecuencia teórica,  $T_i = n \times p_i$ , de ser la hipótesis nula cierta. Por otro lado, cada una de las respuestas tiene su propia frecuencia observada,  $O_i = n_i$ . Si la muestra procediera efectivamente de la distribución de probabilidad que hemos recogido en la hipótesis nula, ambas frecuencias, la teórica y la observada, deberían ser similares. El estadístico utilizado es el siguiente:

$$\chi_{k-1}^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - T_i)^2}{T_i} = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - n \times p_i)^2}{n \times p_i}$$

Este estadístico propuesto por Pearson sigue una distribución Chi-cuadrado con un número de grados de libertad igual al número de respuestas diferentes menos uno. Para que la distribución Chi-cuadrado sea una aproximación razonable, las frecuencias observadas en la muestra para cada respuesta deben ser mayores o iguales a 5. En nuestro estudio, se rechazará la hipótesis nula de que las respuestas son aleatorias cuando el estadístico calculado sea mayor que el valor crítico de la Chi-cuadrado con número de respuestas menos uno grados de libertad y a un nivel de significación del 5%, es decir, se rechazará la hipótesis nula cuando el p-valor obtenido sea menor que 0,05.

En cuanto al contraste de independencia entre las variables demográficas y las respuestas a las diversas cuestiones, se han utilizado las tablas de contingencia. Una tabla de contingencia es una

clasificación de frecuencias en función de dos variables (por ejemplo, ser adjunto o residente y las respuestas a una determinada pregunta). La hipótesis nula que se estudia es la independencia entre las variables de clasificación. En este caso también se utiliza el test Chi-cuadrado de Pearson en el que la medida de discrepancia utilizada es la diferencia relativa entre las frecuencias observadas y las frecuencias teóricas. El número de grados de libertad es, en este caso, el producto del número de filas menos uno por el número de columnas menos uno. Cuando las variables están relacionadas podemos obtener el coeficiente de contingencia que es un coeficiente de dependencia entre cero y uno que se expresa de la siguiente manera:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

Donde  $\chi^2$  es el estadístico resultante y N el tamaño muestral o frecuencia total en la tabla de contingencia.



## *VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN*



## 1. CUESTIONARIO PARA ANESTESIÓLOGOS

### 1.1. Respuestas

Del total de las 53 respuestas posibles, correspondientes a los profesionales que integran el Servicio, hemos obtenido 53, lo que significa el 100% de la población.

<i>COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO</i>	<i>ANESTESIÓLOGOS</i>	<i>RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA</i>	<i>RESPUESTAS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Hospital Virgen de la Salud	39	12	51	96,22%
Hospital Nacional de Parapléjicos	2	0	2	3,78%
Hospital Virgen del Valle	0	0	0	0
<i>TOTAL</i>	41	12	53	100%

*Tabla 4*

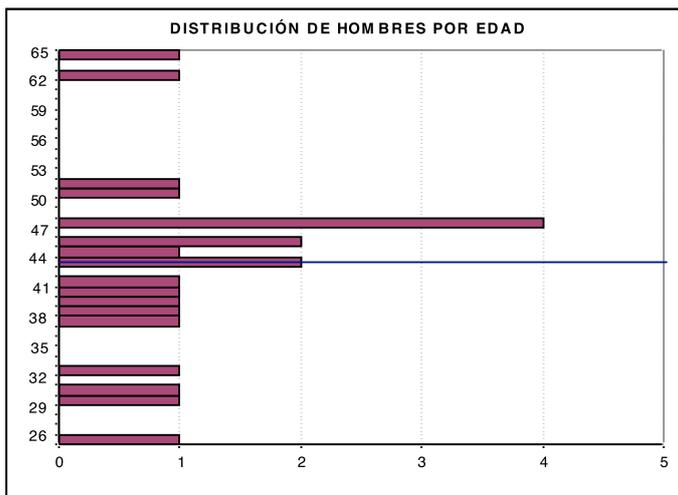
Para el análisis estadístico, disponemos de una muestra del 100% de la población, obtenida directamente y cumpliendo la condición de voluntariedad del estudio. De los tres hospitales que componen el Complejo Hospitalario de Toledo, sólo en dos de ellos hay actividad quirúrgica, como ya hemos dicho más arriba y, por tanto, están dotados con Anestesiólogos. La distribución es la siguiente: en el Hospital Nacional de Parapléjicos trabajan 2 Médicos Anestesiólogos y en el Hospital Virgen de la Salud 39 Médicos Anestesiólogos y 12 Médicos Residentes en formación. Todos ellos han respondido a las cuestiones de este estudio de forma anónima y voluntaria. Por tanto, la muestra obtenida es representativa de la población que queremos analizar.

## 1.2. Demografía

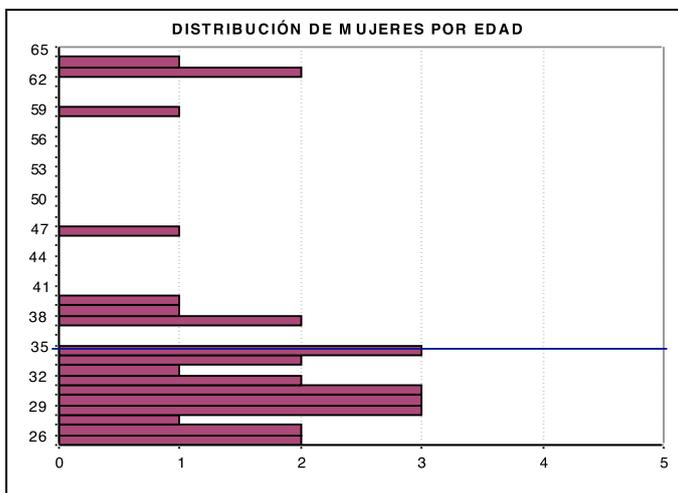
Analizamos diversas características demográficas de los individuos que serán importantes para el estudio por ser utilizadas como variables en el análisis estadístico.

### 1.2.1. Edad

La edad media de la muestra es de 39,5 años, con un rango de 26 años a 65. La distribución de la edad se muestra en las gráficas 1 y 2.



*Gráfica 1*



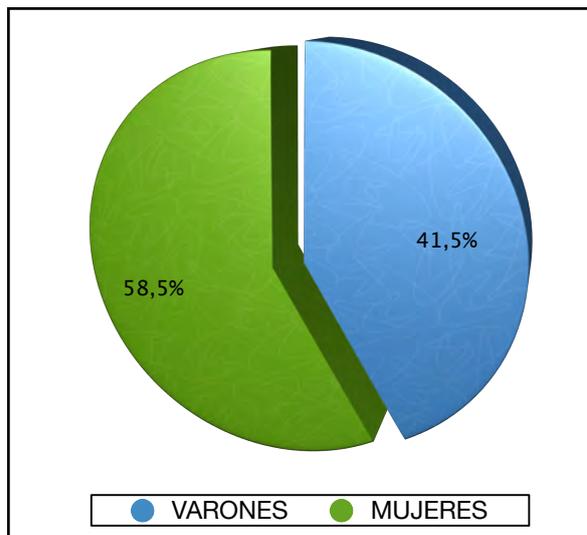
*Gráfica 2*

### 1.2.2. Distribución por sexo

De las 53 respuestas, 22 (41,5%) corresponden a hombres y 31 (58,5%) a mujeres (tabla 5), (gráfica 3).

SEXO	Respuestas	Porcentajes
VARONES	22	41,5%
MUJERES	31	58,5%

Tabla 5

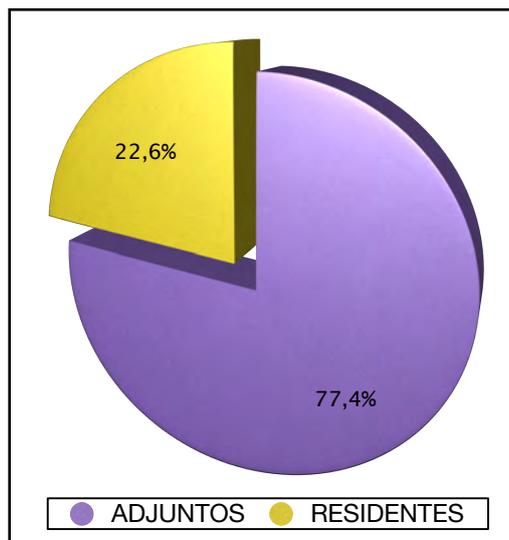


Gráfica 3

### 1.2.3. Distribución por puesto de trabajo

PUESTO DE TRABAJO	Respuestas	Porcentajes
ADJUNTOS	41	77,4%
RESIDENTES	12	22,6%

Tabla 6



Gráfica 4

Hemos diferenciado la situación de los profesionales estudiados entre Médicos especialistas en Anestesiología, a quienes llamamos Adjuntos, y Médicos Internos Residentes de Anestesiología en formación, a quienes llamamos Residentes. De las 53 respuestas, 12 (22,6%) corresponden a Residentes y 41 (77,4%) a Adjuntos (tabla 6), (gráfica 4).

### 1.2.4. Años de ejercicio

La suma total de los años trabajados en Anestesiología de los profesionales encuestados es 622 años, con una media de 9 años por profesional. Los más jóvenes son los Residentes de primer año que sólo cuentan con un año de experiencia en la profesión. El más veterano de los adjuntos es

varón y cuenta con 34 años de dedicación a la Anestesiología. En los gráficos 5 y 6 puede observarse la distribución de los años de ejercicio en función del sexo.

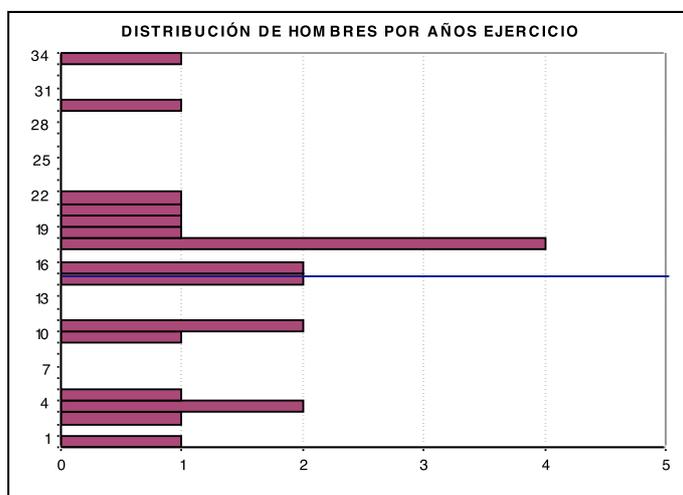


Gráfico 5

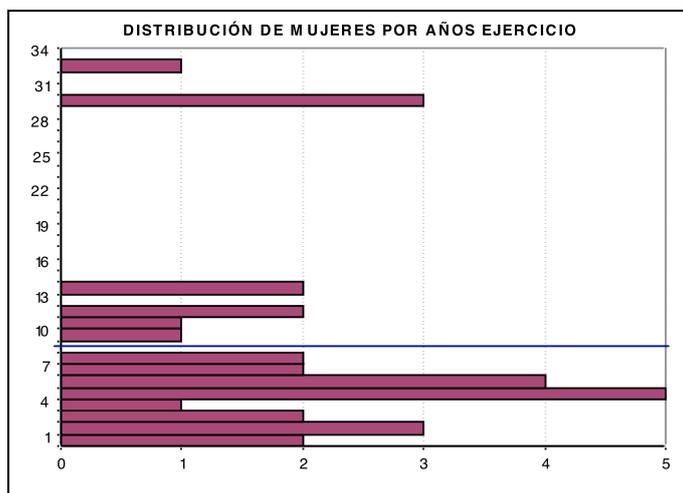


Gráfico 6

### 1.2.5. Discusión

Tenemos una muestra que se corresponde en un 100% con la población a estudio por lo que se puede afirmar que es absolutamente representativa desde el punto de vista demográfico. En la distribución de la población que conforma nuestro servicio priman, sustancialmente, las mujeres sobre los hombres y, como no podía ser menos, los adjuntos sobre los residentes como muestran las tablas 7 y 8.

SEXO	Número absoluto	Porcentaje
VARONES	22	41,5%
MUJERES	31	58,5%

Tabla 7

PUESTO DE TRABAJO	Número absoluto	Porcentaje
ADJUNTOS	41	77,4%
RESIDENTES	12	22,6%

Tabla 8

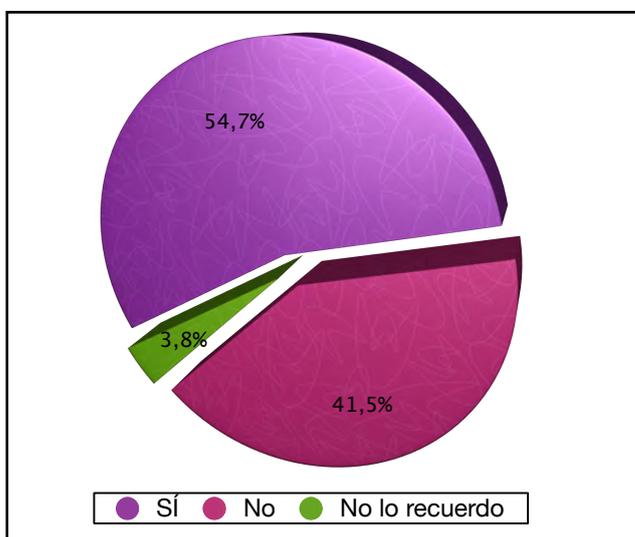
### 1.3. Formación Ética

Consideramos imprescindible cuantificar que grado de formación ética tienen los profesionales encuestados con el fin de saber cuál es su conocimiento en la materia y cómo, en base a este conocimiento, responden las preguntas de los siguientes apartados.

Hay que señalar que las respuestas de este bloque se van a utilizar, junto con las características demográficas, como variables que pueden ser determinantes a la hora de contestar las cuestiones de los restantes apartados.

#### 1.3.1. Asignatura de Ética Médica

A la pregunta “II.1.- ¿Cursó Ética Médica como asignatura en la licenciatura?” han respondido 53 Anestesiólogos. Los resultados son los siguientes:



<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	29	54,7%
No	22	41,5%
No lo recuerdo	2	3,8%

*Tabla 9*

*Gráfica 7*

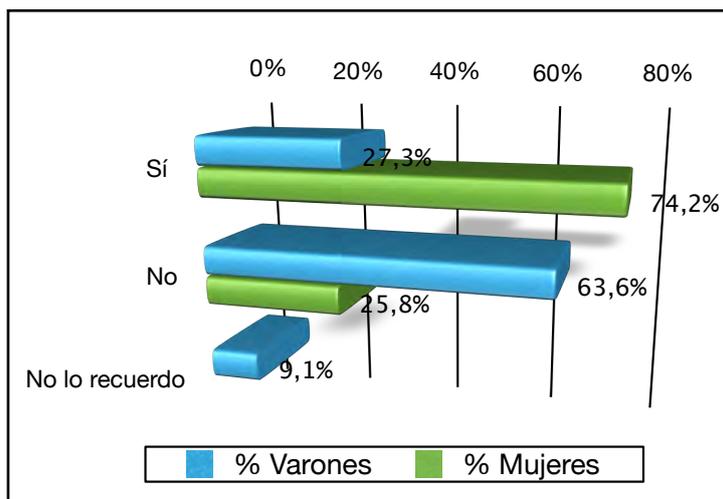
Observamos que solamente el 54,7% (29) de los profesionales ha cursado la asignatura en su licenciatura, el 41,5% (22) no la ha cursado y un 3,8% (2) no lo recuerda (tabla 9), (gráfica 7).

También se expresan los resultados obtenidos contemplando las respuestas con respecto a las variables sexo y puesto de trabajo. En cuanto al sexo (tabla 10):

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	29	6	27,3%	23	74,2%
No	22	14	63,6%	8	25,8%
No lo recuerdo	2	2	9,1%	0	0,0%

*Tabla 10*

Observamos como son las mujeres las que han cursado la asignatura en su mayoría, al contrario que los hombres que, en su mayor parte, no la han cursado (gráfica 8).

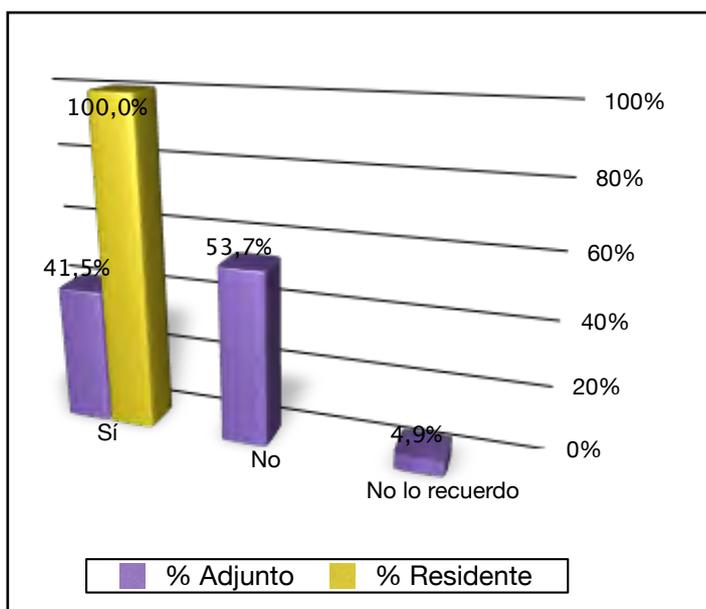


*Gráfica 8*

Por puesto de trabajo observamos como el total de los residentes ha cursado la asignatura mientras que en el caso de los adjuntos predominan los que no la han cursado (tabla 11), (gráfica 9).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	29	17	41,5%	12	100%
No	22	22	53,7%	0	0%
No lo recuerdo	2	2	4,9%	0	0%

*Tabla 11*



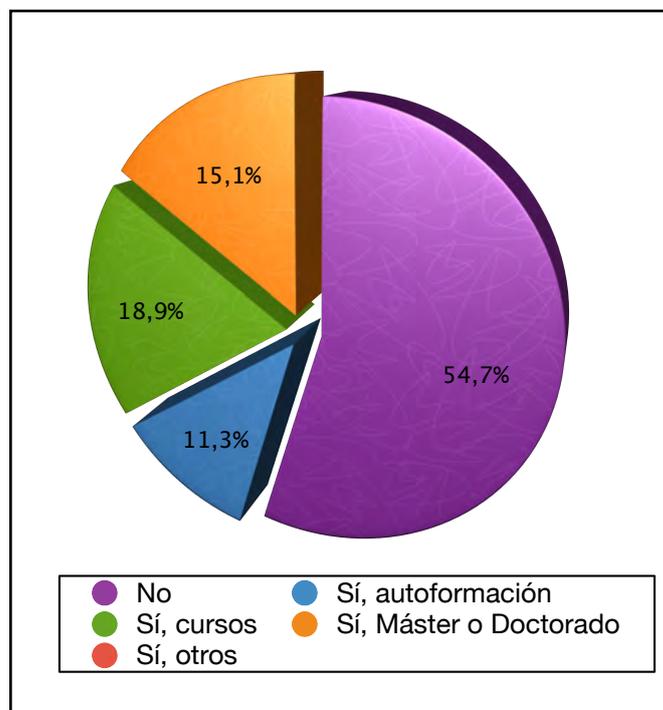
*Gráfica 9*

### 1.3.2. Otras vías de formación

Tanto si cursaron la asignatura de Ética Médica en la licenciatura como si no, hay otras posibilidades de seguir formándose posteriormente. Las respuestas a la pregunta “II.2.- ¿Ha recibido formación en ética tras su licenciatura?” son las reflejadas en la tabla 12 y gráfica 10.

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
No	29	54,7%
Si, autoformación	6	11,3%
Sí, cursos	10	18,9%
Si, Master o Doctorado	8	15,1%
Sí, otros	0	0%

Tabla 12



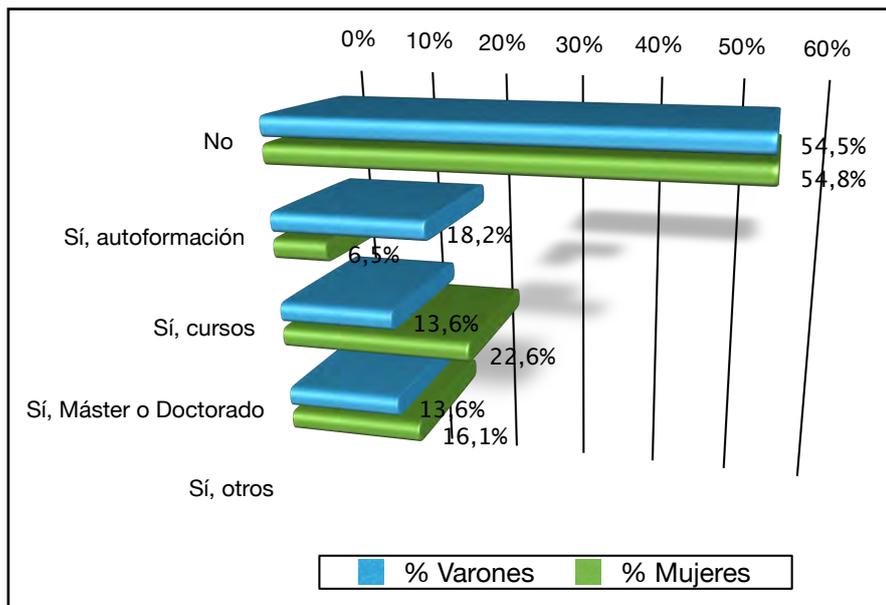
Gráfica 10

Observamos que la mayor parte no han recibido formación posterior a la licenciatura, concretamente el 54,7% (29). Mientras que el resto han seguido algún otro sistema formativo, entre los cuales predominan los cursos, que comprenden el 18,9% (10).

Podemos observar que tanto hombres como mujeres, algo más de la mitad (en ambos casos alrededor del 55%) no han recibido formación postgrado. De los que la han recibido, la vía preferida ha sido la de cursos en el caso de las mujeres y la autoformación en el caso de los hombres (tabla 13), (gráfica11).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
No	29	12	54,5%	17	54,8%
Sí, autoformación	6	4	18,2%	2	6,5%
Sí, cursos	10	3	13,6%	7	22,6%
Sí, Máster o Doctorado	8	3	13,6%	5	16,1%
Sí, otros	0	0	0,0%	0	0,0%

Tabla 13

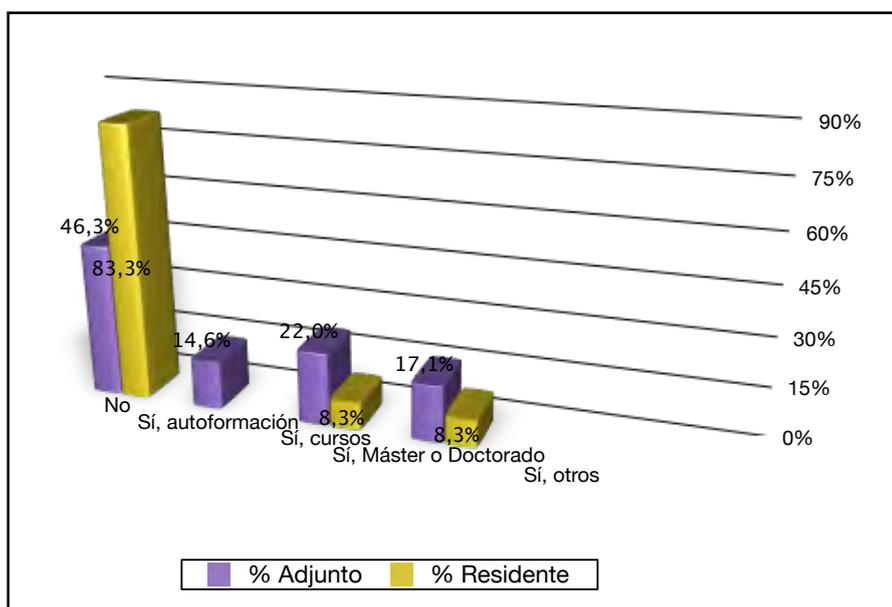


Gráfica 11

En cuanto a la distribución según el puesto de trabajo, podemos ver una clara mayoría en el número de residentes que no han continuado su formación posteriormente a la licenciatura. En el caso de los adjuntos, casi la mitad de ellos no han recibido más formación complementaria en la materia (tabla 14), (gráfica12).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
No	29	19	46,3%	10	83,3%
Sí, autoformación	6	6	14,6%	0	0,0%
Sí, cursos	10	9	22,0%	1	8,3%
Sí, Máster o Doctorado	8	7	17,1%	1	8,3%
Sí, otros	0	0	0,0%	0	0,0%

Tabla 14



Gráfica 12

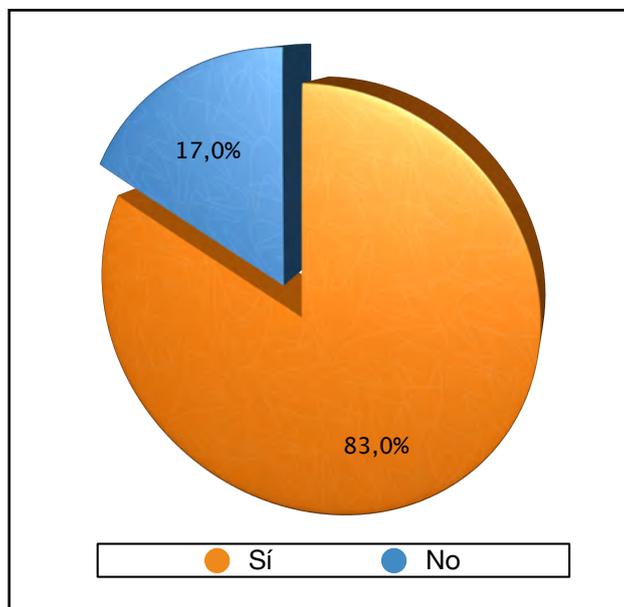
### 1.3.3. Influencia de otros profesionales

Hay otras maneras, además de la formación recibida o buscada, de modular la actitud ética en el ejercicio profesional. Por eso hemos preguntado: “II.3.- ¿Ha habido algún profesional de la medicina que haya influido, por su elevada actitud ética, sobre Vd?”.

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	44	83,0%
No	9	17,0%

*Tabla 15*

Las respuestas obtenidas no dejan lugar a dudas en cuanto a lo acertado de la premisa, pues la gran mayoría, el 83%(44), se han visto influenciados en algún momento por la actitud ética de otro compañero (tabla 15), (gráfica13).

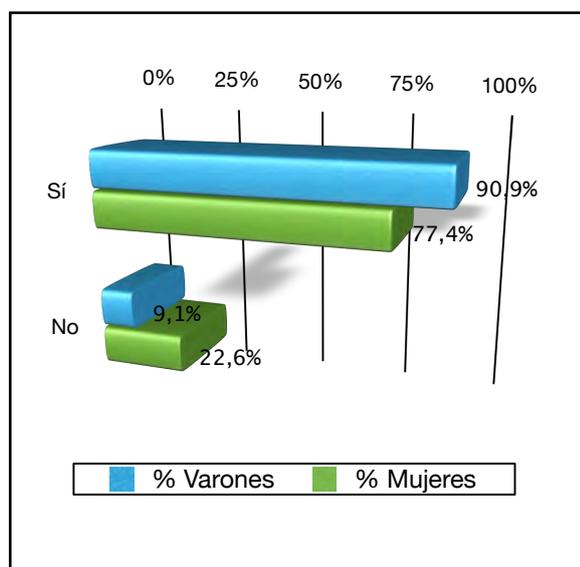


*Gráfica 13*

Y se ve que los varones son más permeables a este tipo de influencia que las mujeres (tabla 16), (gráfica 14).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	44	20	90,9%	24	77,4%
No	9	2	9,1%	7	22,6%

*Tabla 16*

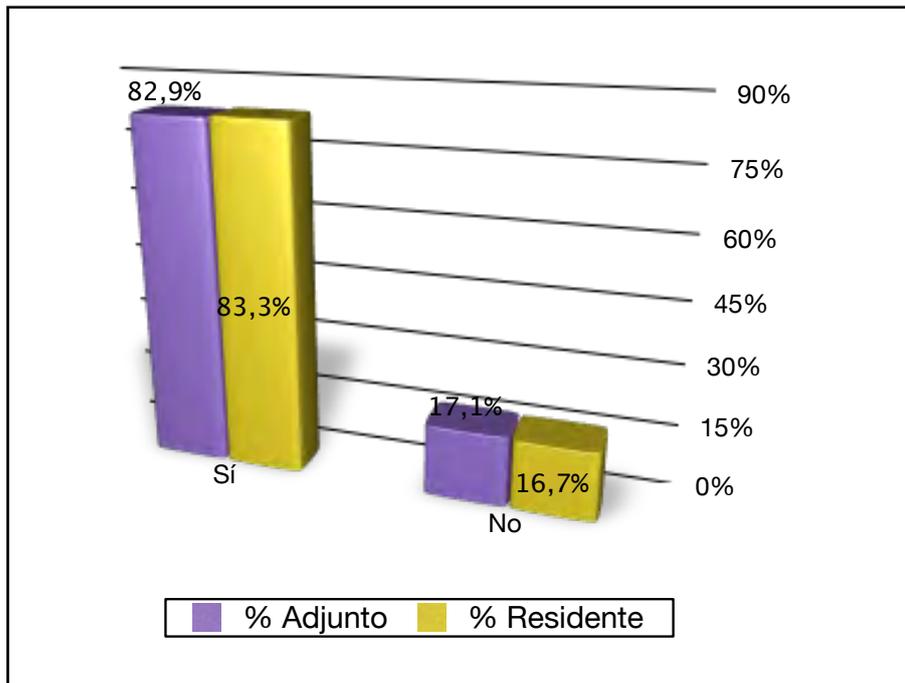


*Gráfica 14*

Independientemente de que sean adjuntos o residentes (tabla 17), (gráfica15).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Sí	44	34	82,9%	10	83,3%
No	9	7	17,1%	2	16,7%

Tabla 17



Gráfica 15

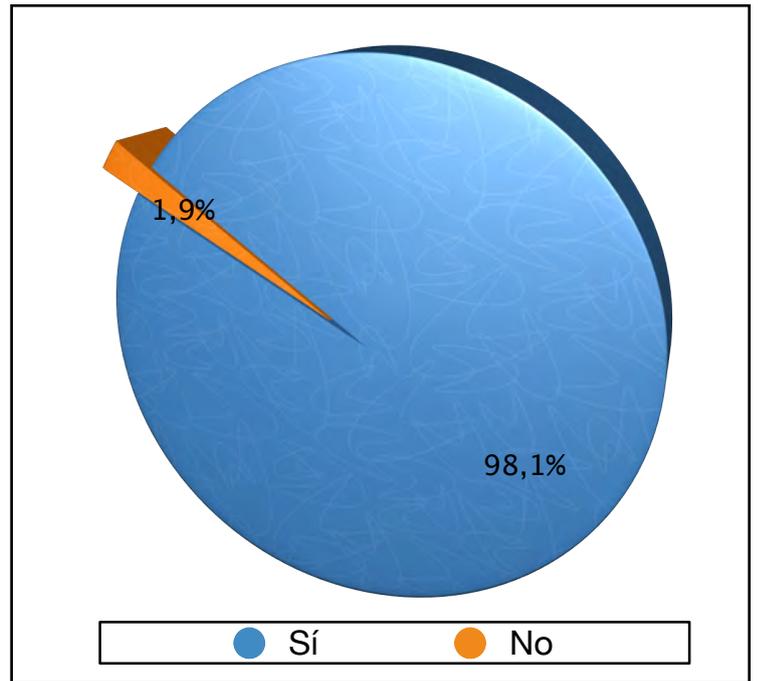
#### 1.3.4. Necesidad de la asignatura de Ética Médica

Los planes de estudio de las distintas Universidades son los que nos dan o no la formación en Ética Médica. En unas facultades es una asignatura obligatoria y, en otras, optativa; pero nos preguntamos que opinión tienen los profesionales sobre la necesidad o no de que esta materia forme parte de esos planes de estudio. Por ello hemos preguntado: “II.4.- ¿Considera que la Ética Médica es una disciplina que debe formar parte de la formación del licenciado en medicina?” Y la opinión que tienen no puede ser más clarificadora (tabla 18), (gráfica 16).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	52	98,1%
No	1	1,9%

Tabla 18

Es obvio la importancia que los Anestesiólogos dan a la formación reglada en Ética Médica. Sólo uno (1,9%) considera que no es necesaria. ¿Es posible que se deba a que únicamente el 54,7% (29) de ellos la cursaron en la carrera? (tabla 18), (gráfica16).

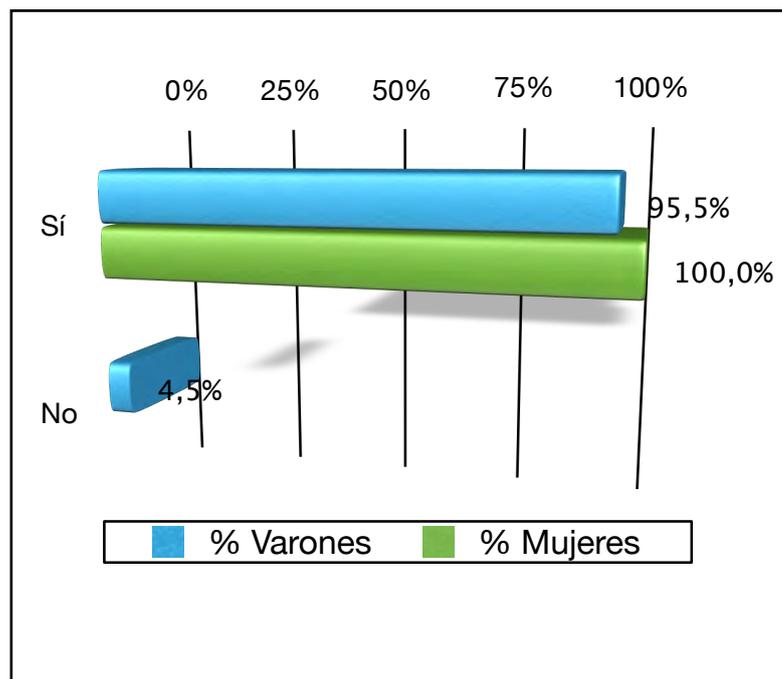


Gráfica 16

Si atendemos a la distribución por sexo, no parece que la diferencia sea considerable (tabla 19), (gráfica17).

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	52	21	95,5%	31	100%
No	1	1	4,5%	0	0%

Tabla 19

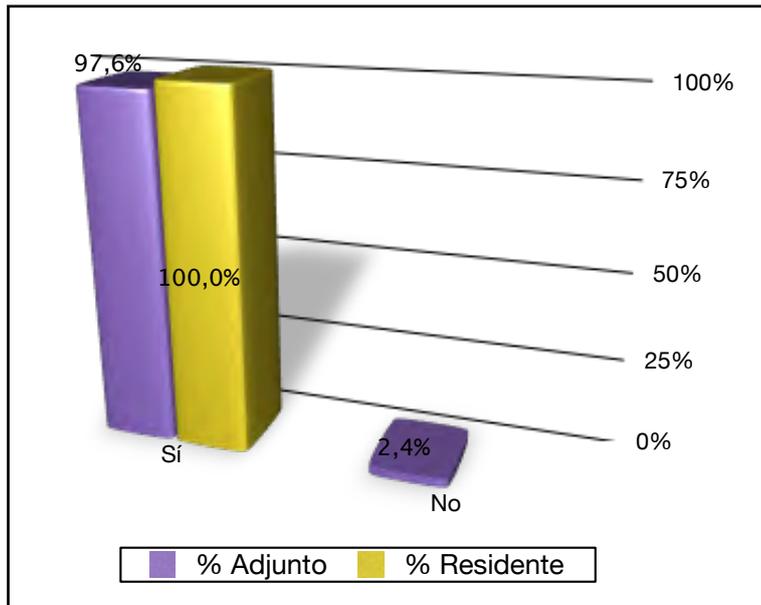


Gráfica 17

Como tampoco lo es entre adjuntos y residente. (tabla 20), (gráfica18).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Sí	52	40	97,6%	12	100%
No	1	1	2,4%	0	0%

Tabla 20



Gráfica 18

### 1.3.5. Discusión

Sin duda ninguna lo más destacable es la importancia que los Médicos Anestesiólogos dan a la formación reglada en Ética Médica durante la licenciatura. Parece lógico. En el desarrollo de nuestra actividad son muchas las situaciones de conflicto ético que se nos presentan. El que se nos entreguen unos instrumentos básicos, en esta parcela del saber médico, puede ser determinante a la hora de afrontar la resolución de esos conflictos con un cierto criterio.

La plasticidad mental y el espíritu crítico de los facultativos del servicio queda reflejada y engrandecida al reconocer cómo la actitud de compañeros, seguramente más veteranos que el encuestado, influyó en el desarrollo de su formación y actitud ética profesional. Indudablemente el reconocimiento de un modelo en el que mirarse, compararse y tratar de imitar en un asunto tan delicado es algo que nos engrandece.

Dado que la muestra es el total de la población estudiada y que las respuestas han sido significativas al 95%, podemos afirmar que todas ellas son concluyentes.

#### 1.4. Conocimiento de los fundamentos que regulan el ejercicio profesional médico.

Demostrada la formación recibida, queremos comprobar qué conocimientos tienen de los fundamentos éticos sobre los que se asienta el ejercicio profesional médico y las normas que lo regulan.

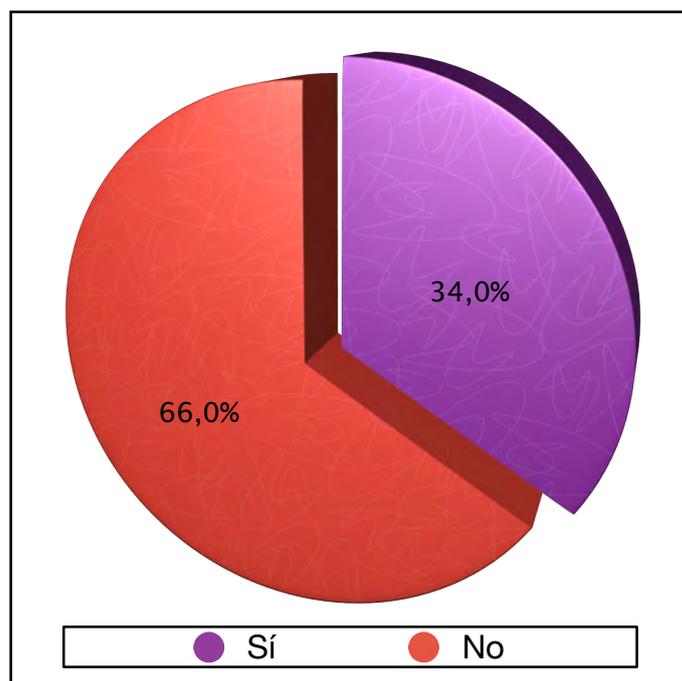
##### 1.4.1. Teorías Éticas

Les hemos preguntado: “III.1.- ¿Conoce las cuatro principales teorías éticas que afectan al ejercicio profesional médico? (Ética de la Virtud, Deontologismo, Consecuencialismo y Ética de los Principios.)”. Y han respondido (tabla 21), (gráfica19):

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	18	34%
No	35	66%

*Tabla 21*

La mayoría de ellos, un 66% (35), desconocen las principales teorías éticas. Sólo el 34% (18) dicen poseer conocimiento sobre ellas.

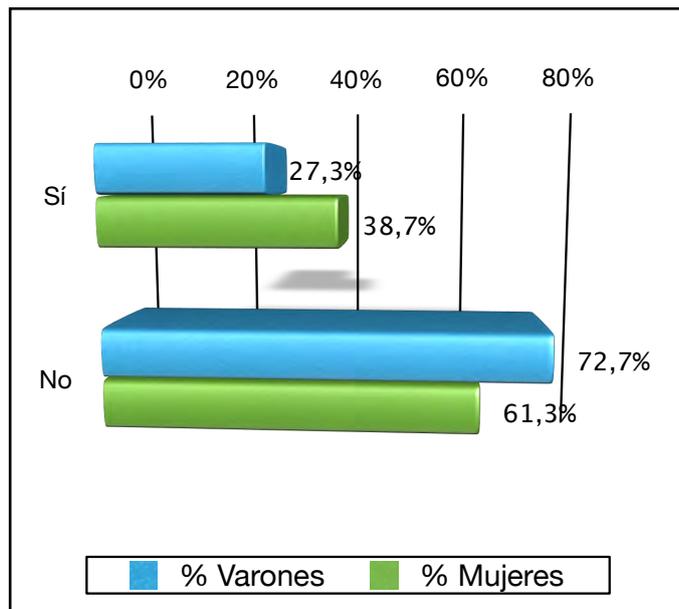


*Gráfica 19*

Vemos que el porcentaje de los que conocen dichas teorías es algo mayor en las mujeres que en los hombres (tabla 2), (gráfica 20).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	18	6	27,3%	12	38,7%
No	35	16	72,7%	19	61,3%

*Tabla 22*

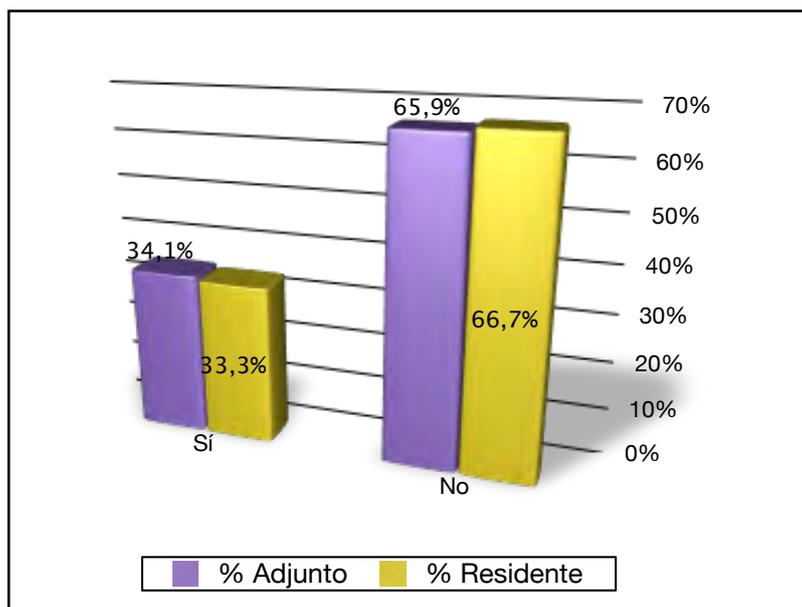


Gráfica 20

Entre adjuntos y residentes el porcentaje de los que conocen las teorías es muy similar (tabla 23), (gráfica 21).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	18	14	34,1%	4	33,3%
No	25	27	65,9%	8	66,7%

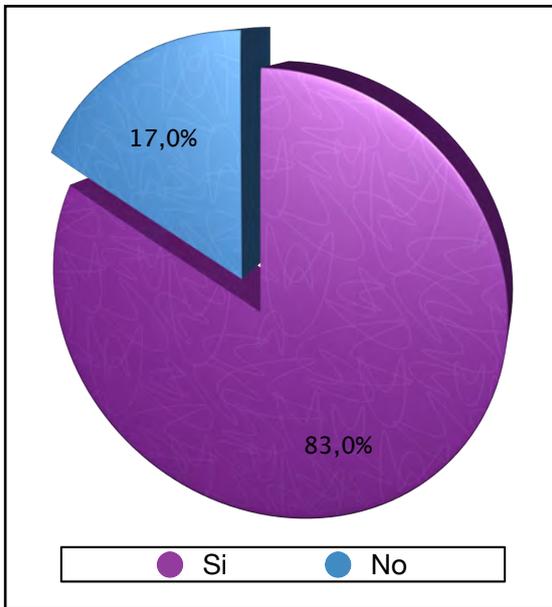
Tabla 23



Gráfica 21

### 1.4.2. Principios Éticos

También quisimos saber quiénes conocían los cuatro principios éticos. A la pregunta “III.2.- ¿Conoce los cuatro principios éticos principales? (Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía)” respondieron (tabla 24), (gráfica 22):



<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	44	83%
No	9	17%

Tabla 24

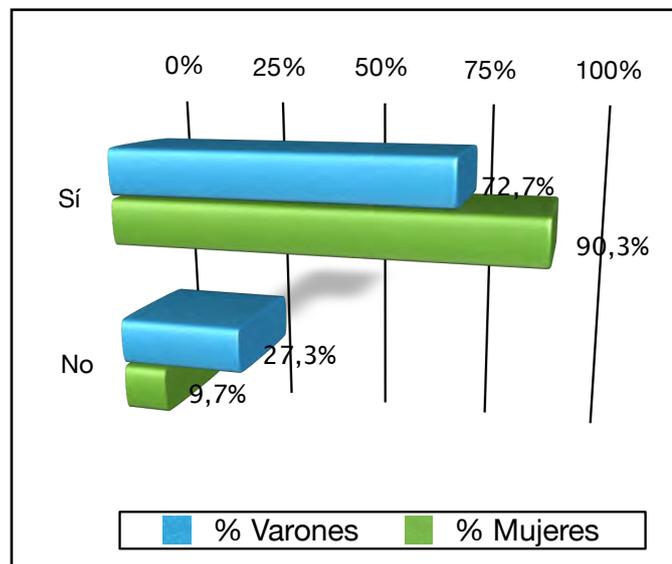
Los resultados difieren bastante de los de la pregunta anterior. En este caso, el 83% (44) están familiarizados con los principios éticos principales.

Gráfica 22

Predominan las mujeres sobre los hombres de forma considerable, tal como observamos en la tabla 25 y gráfica 23.

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	44	16	72,7%	28	90,3%
No	9	6	27,3%	3	9,7%

Tabla 25

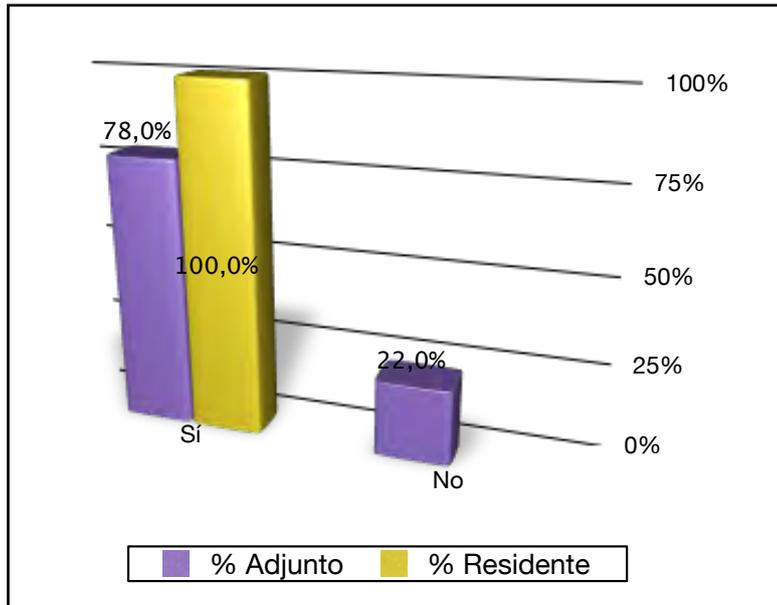


Gráfica 23

Y los residentes sobre los adjuntos (tabla 26), (gráfica 24).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Sí	44	32	78,0%	12	100%
No	9	9	22,0%	0	0%

Tabla 26



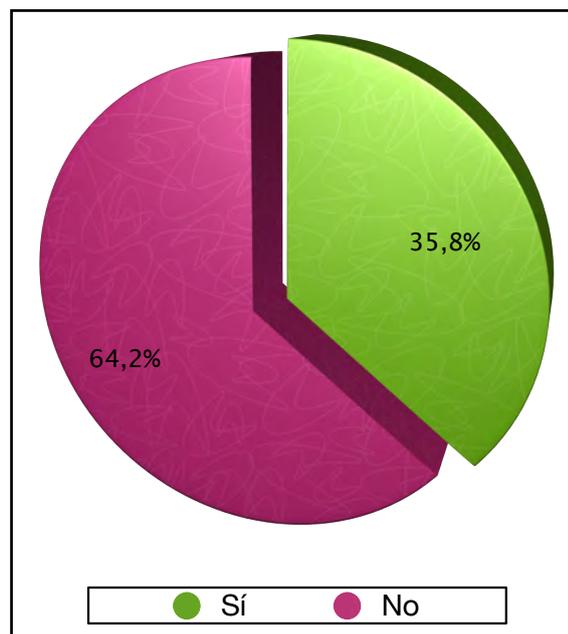
Gráfica 24

### 1.4.3. Código de Ética y Deontología Médica

Siguiendo en la línea de preguntas sobre los conocimientos que poseen de la materia, nos referimos al Código Deontológico: “III.3.- *¿Conoce y maneja el Código de Ética y Deontología Médica vigente?*”.

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	19	35,8%
No	34	64,2%

Tabla 27



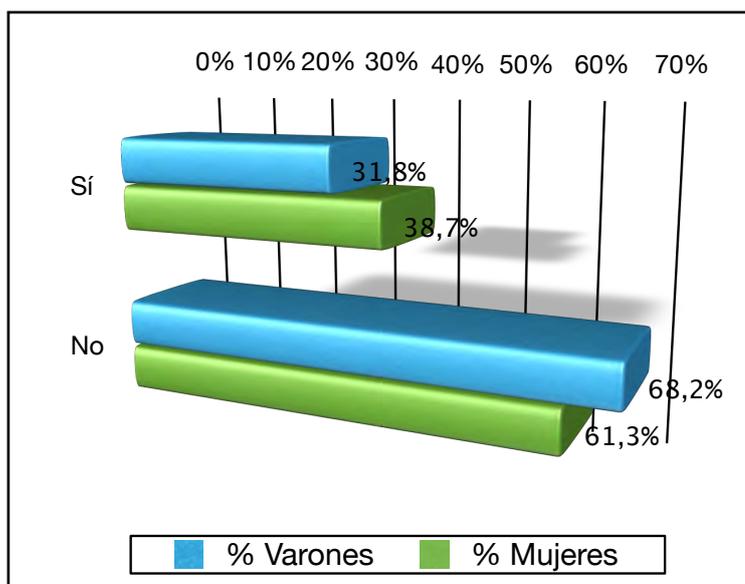
Gráfica 25

Sorprende la respuesta, como podemos apreciar en la tabla 27 y en la gráfica 25. Dos tercios de la población estudiada no conoce el vigente Código de Ética y Deontología Médica. Veamos: este Código fue distribuido cuando entró en vigor (año 2000) a todos los médicos por los correspondientes Colegios Provinciales, tal y como recomendaba la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico y el Consejo General de Colegios Médicos. No se ha vuelto a hacer, que nosotros sepamos, desde entonces. Han pasado 11 años. La media de ejercicio en este servicio es de nueve años ¿puede haber alguna relación?. Lo veremos más adelante.

Si tenemos en cuenta las respuestas en función del sexo, observamos como la positiva se inclina ligeramente a favor de las mujeres (tabla 28), (gráfica 26).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	19	7	31,8%	12	38,7%
No	34	15	68,2%	19	61,3%

Tabla 28

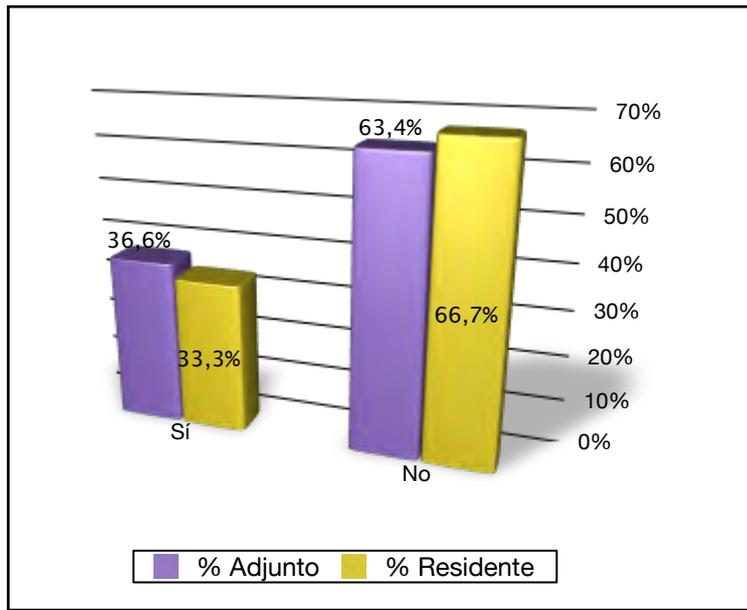


Gráfica 26

También hay bastante similitud en la distribución de las respuestas respecto al puesto de trabajo, siendo algo mayor el conocimiento del Código en adjuntos que en residentes lo que reforzaría el argumento expresado más arriba, aunque no de una forma concluyente (tabla 29), (gráfica 27).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Sí	19	15	36,6%	4	33,3%
No	34	26	63,4%	8	66,7%

Tabla 29



Gráfica 27

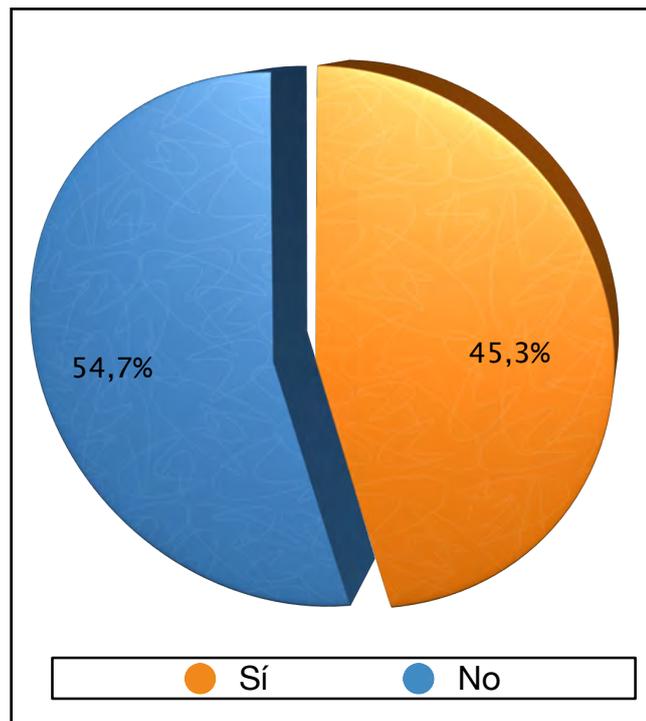
#### 1.4.4. Normativa legal

Al preguntar sobre los fundamentos que regulan el ejercicio profesional, no podemos dejar de cuestionar el nivel de conocimiento de las leyes reguladoras vigentes. Les preguntamos: “III.4.- ¿Conoce la normativa legal vigente que regula el ejercicio profesional médico? (Constitución Española, Ley Gral. de Sanidad, Ley de O. de la Prof. Sanitarias, Ley Básica de Autonomía del paciente y Normativa autonómica al respecto)”.

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	24	45,3%
No	29	54,7%

Tabla 30

Un 45,3% (24) de los anestesiólogos conocen dichas leyes frente al 54,7% (29) que las desconocen (tabla 30), (gráfica 28).

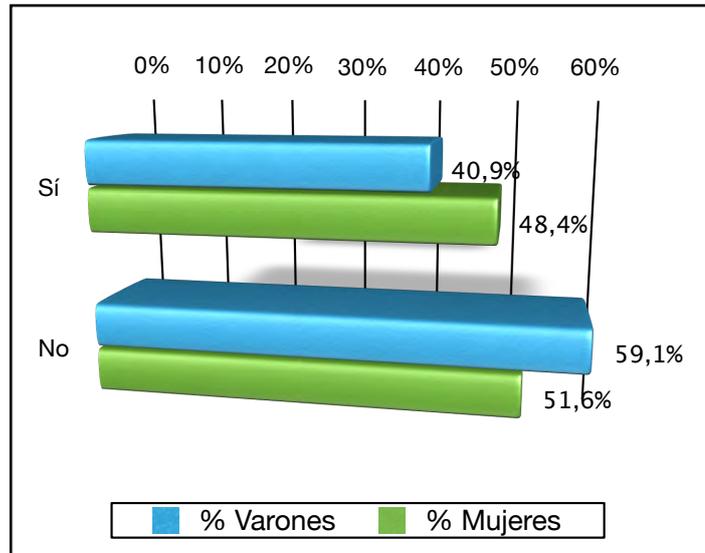


Gráfica 28

Las mujeres tienen un conocimiento superior de la legislación vigente (tabla 31), (gráfica 29).

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	24	9	40,9%	15	48,4%
No	29	13	59,1%	16	51,6%

Tabla 31

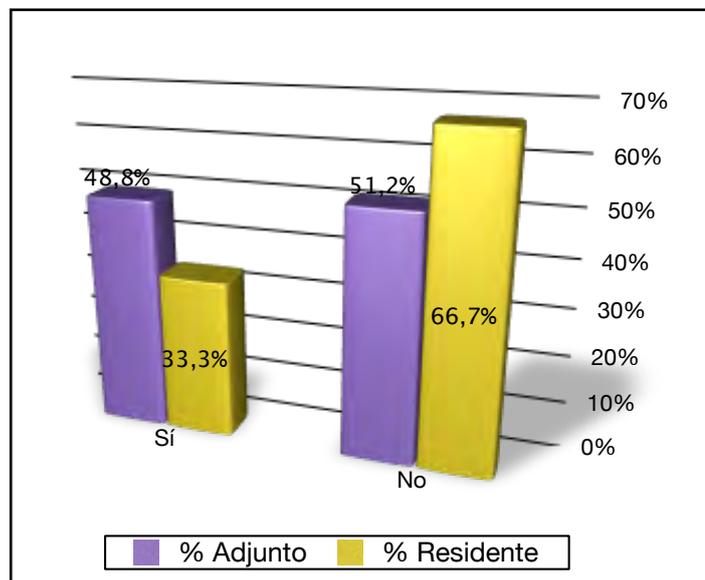


Gráfica 29

Y los adjuntos más que los residentes (tabla 32), (gráfica 30).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	24	20	48,8%	4	33,3%
No	29	21	51,2%	8	66,7%

Tabla 32



Gráfica 30

### 1.4.5. Discusión

La asignatura de Ética Médica es de reciente implantación, sea como asignatura obligatoria u optativa, en la carrera. Esto podría explicar el bajo conocimiento de las principales teorías éticas sobre las que se asienta el ejercicio profesional y el que este fuera mayor en los residentes que en los adjuntos. Pero esto no es así y nos encontramos con que sólo un tercio de los primeros las conoce, casi lo mismo que los segundos, lo cual no deja de sorprender.

Sin embargo, los principios éticos son bien conocidos por la mayoría, posiblemente, por ser “más populares” ya que se suele hablar de ellos con bastante frecuencia en congresos, publicaciones y artículos científicos.

¿Podría relacionarse también el bajo conocimiento del Código y de las Leyes reguladoras con la carencia de formación en la materia durante la licenciatura? Consideramos que no hay una relación directa pero, indudablemente, la ausencia de unos rudimentos básicos entregados cuando la permeabilidad intelectual es mayor dentro del periodo formativo del médico, capaces de generar inquietud en la continuidad del saber, pueden ser determinantes tanto en ésta como en cualquier otra cuestión.

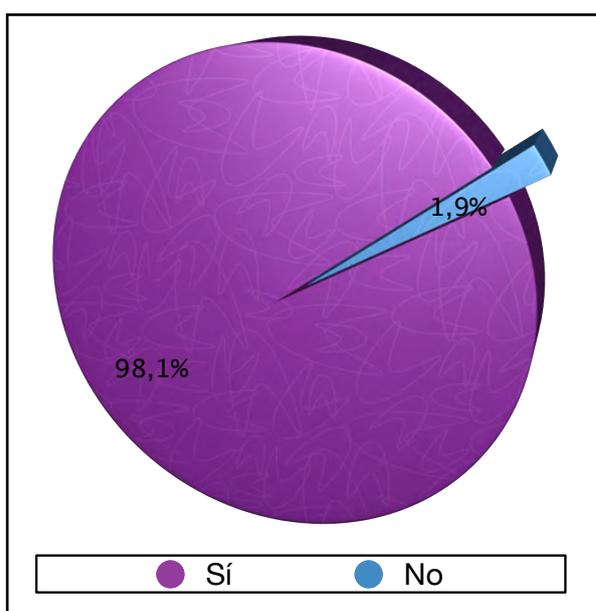
Observamos también como las mujeres destacan sobre los hombres en el conocimiento de todos los fundamentos éticos que regulan el ejercicio de la Anestesiología. Cuestión de idiosincrasia, posiblemente.

## 1.5. Actitud ante el Consentimiento Informado en Anestesiología.

Iniciamos ahora una serie de preguntas orientada a conocer cuál es la actitud de los profesionales de nuestro servicio ante el Consentimiento Informado.

### 1.5.1. Necesidad del Consentimiento Informado

La primera de las cuestiones, clara y directa, hace referencia a la opinión de los anestesiólogos respecto a la necesidad del Consentimiento Informado: “IV.1.- ¿Considera necesario el C.I. en Anestesiología?”



Gráfica 31

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	52	98,1%
No	1	1,9%

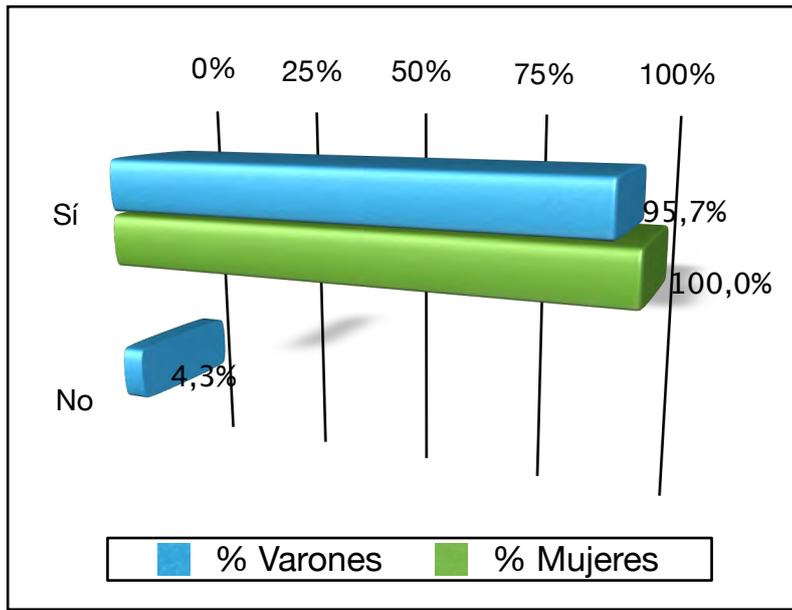
Tabla 33

En la tabla 33 y gráfica 31 vemos como un 98,1% (52) de los anestesiólogos contemplan la necesidad de que exista el Consentimiento Informado. Si la pregunta, como decíamos, es clara y directa, no puede serlo más la respuesta.

De los profesionales cuestionados, el 100% (31) de las mujeres responden positivamente a esta necesidad, seguidas muy de cerca por los varones. (tabla 34), (gráfica 31)

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	52	21	95,7%	31	100%
No	1	1	4,3%	0	0%

Tabla 34

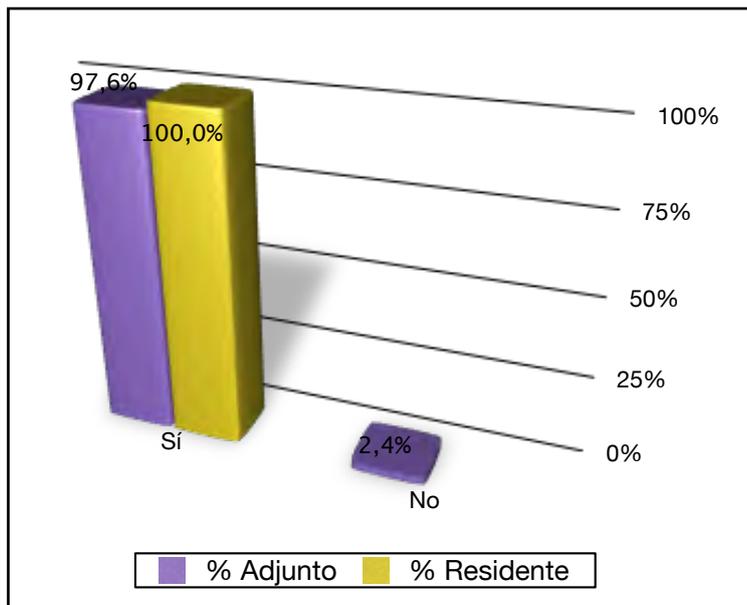


Gráfica 32

También el 100% (12) de los residentes secundan la necesidad del Consentimiento Informado. Sólo un adjunto difiere de esta opinión (tabla 35), (gráfica 33).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	52	40	97,6%	12	100%
No	1	1	2,4%	0	0%

Tabla 35



Gráfica 33

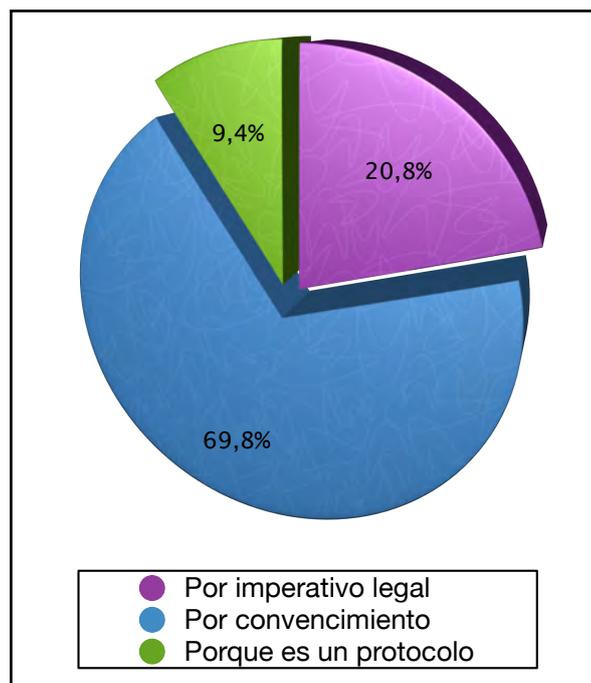
### 1.5.2. Razón de su aplicación

Pero, ¿cuál es el motivo que lleva a estos profesionales a aplicar el Consentimiento Informado?. Para saberlo les hemos realizado la siguiente pregunta: “IV.2.- ¿Cuál es la razón principal por la que aplica el C.I.?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Por imperativo legal	11	20,8%
Por convencimiento	37	69,8%
Porque es un protocolo	5	9,4%

*Tabla 36*

Es interesante observar los resultados a la cuestión en la tabla 36 y gráfica 34: Un 69,8% (37) lo aplica por convencimiento, un 20,8% (11) lo hace porque se siente legalmente obligado, y sólo un 9,4% (5) lo hace porque lo considera un protocolo a seguir.

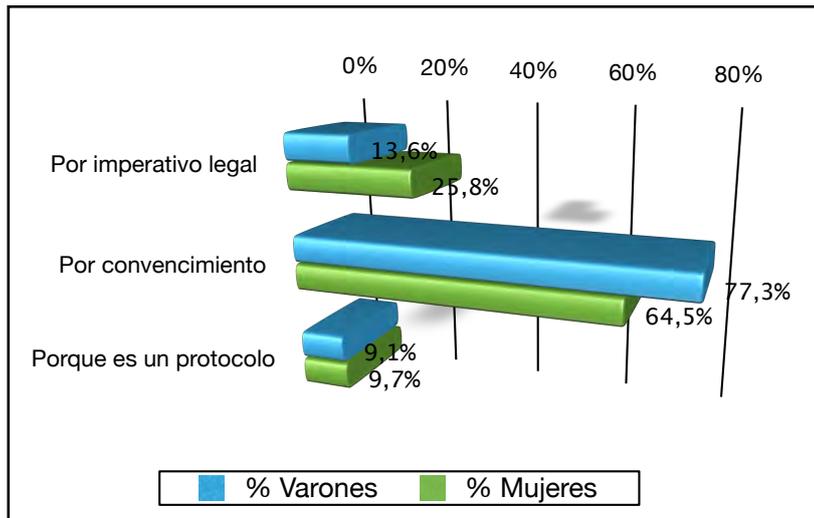


*Gráfica 34*

Si analizamos las respuestas según el sexo, vemos como unos y otros, mayoritariamente lo aplican por convencimiento, siendo el porcentaje mayor en el caso de los hombres (tabla 37), (gráfica 35).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Por imperativo legal	11	3	13,6%	8	25,8%
Por convencimiento	37	17	77,3%	20	64,5%
Porque es un protocolo	5	2	9,1%	3	9,7%

*Tabla 37*

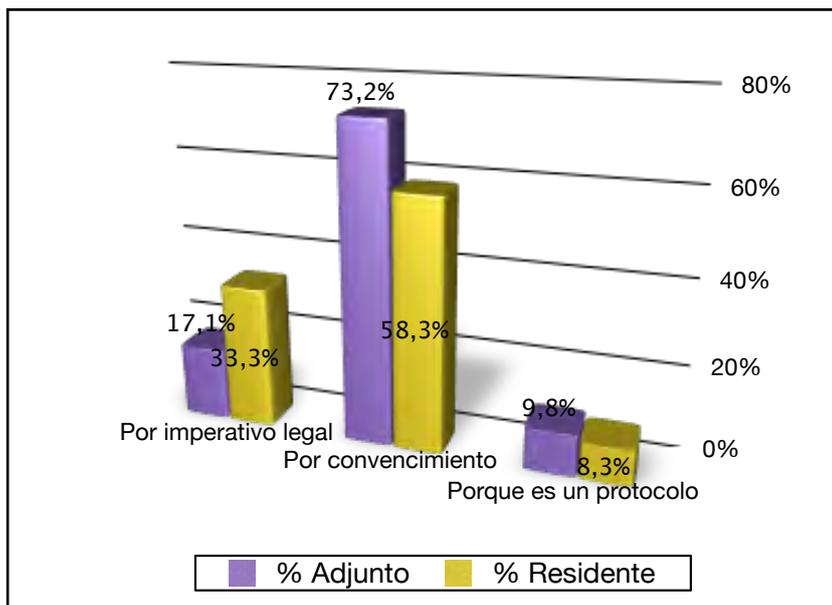


Gráfica 35

Lo mismo ocurre al analizar los resultados en función del puesto de trabajo, ya que el porcentaje en el caso de adjuntos es bastante superior al de los residentes (tabla 38), (gráfica 36).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Por imperativo legal	11	7	17,1%	4	33,3%
Por convencimiento	37	30	73,2%	7	58,3%
Porque es un protocolo	5	4	9,8%	1	8,3%

Tabla 38



Gráfica 36

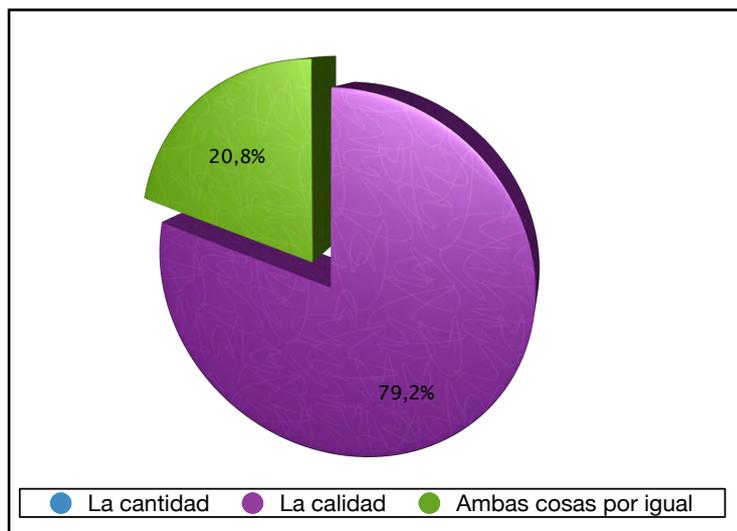
### 1.5.3. Valoración del proceso de Consentimiento Informado

Ya hemos visto como el 98% de los profesionales consideran de gran importancia el Consentimiento Informado, pero nos interesa saber a que dan más importancia en este proceso. Para ello les hemos preguntado: “IV.3.- ¿Que valora más en el proceso del C.I.?”

Una amplia mayoría opina que la calidad a la hora de proporcionar la información es más importante que la cantidad de información aportada (tabla 39), (gráfica 37).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
La cantidad	0	0%
La calidad	42	79%
Ambas cosas por igual	11	21%

Tabla 39

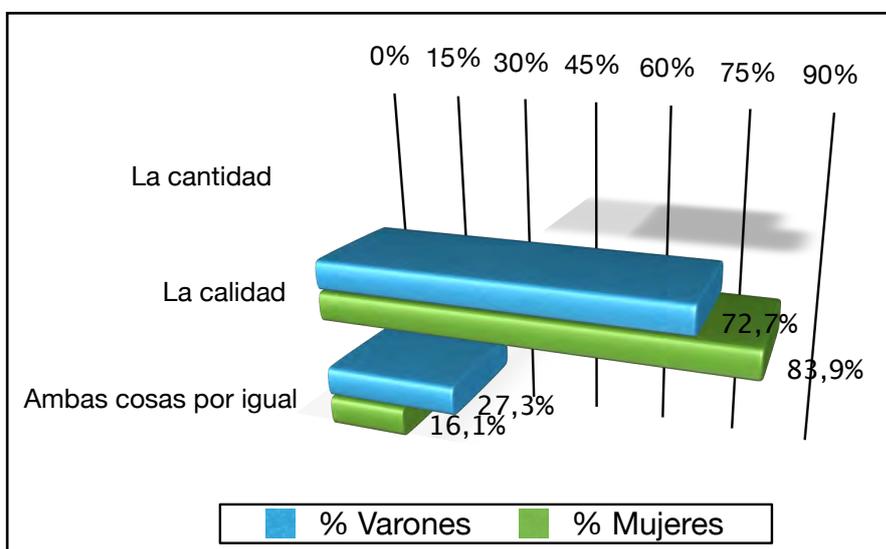


Gráfica 37

Lo mismo ocurre con la distribución respecto a sexo, siendo las mujeres las que más apuestan por la calidad de información (tabla 40), (gráfica 38).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
La cantidad	0	0	0%	0	0%
La calidad	42	16	72,7%	26	83,9%
Ambas cosas por igual	11	6	27,3%	5	16,1%

Tabla 40

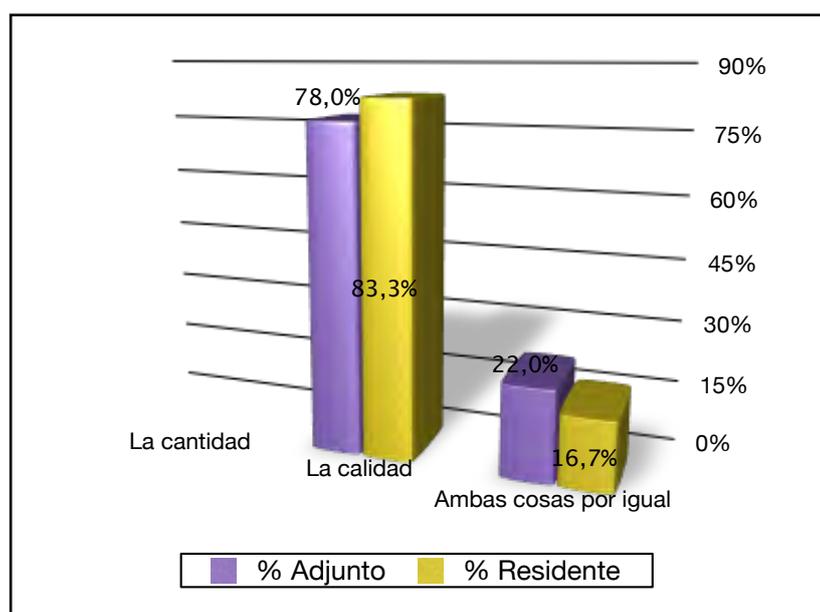


Gráfica 38

En cuanto al puesto de trabajo, son los residentes los que más defienden la calidad (tabla 41), (gráfica 39).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
La cantidad	0	0	0%	0	0%
La calidad	42	32	78,0%	10	83,3%
Ambas cosas por igual	11	9	22,0%	2	16,7%

Tabla 41



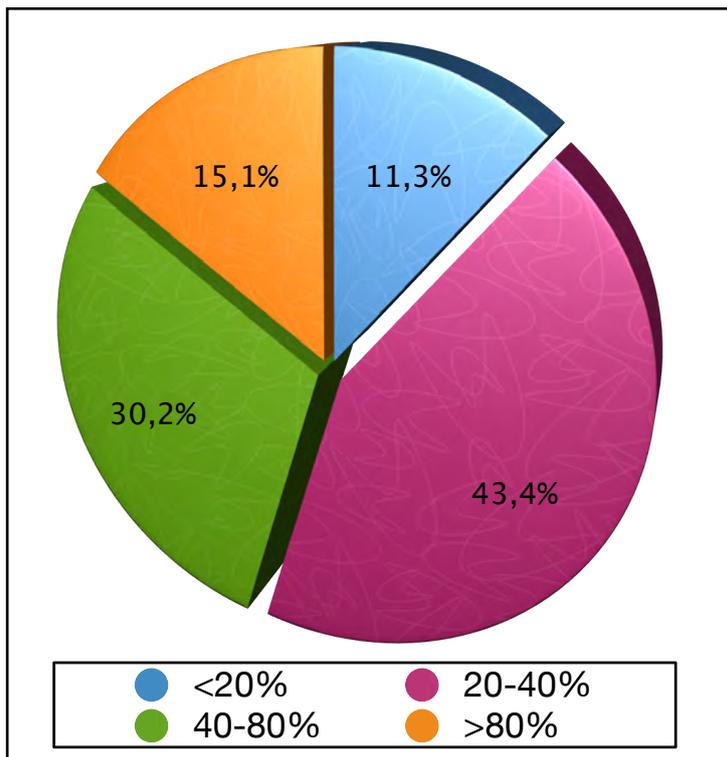
Gráfica 39

#### 1.5.4. Capacidad de comprensión del paciente

Está claro que la mayoría de los anestesiólogos considera más importante ofrecer al paciente una información de calidad antes que una gran cantidad de información, pero ¿cree el médico que los pacientes comprenden la información que les da? La siguiente pregunta intenta contestar a esta cuestión: “IV.4.- Cuantifique qué porcentaje de pacientes considera que están capacitados para comprender la información que se les proporciona”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
<20%	6	11,3%
20-40%	23	43,4%
40-80%	16	30,2%
>80%	8	15,1%

Tabla 42



Gráfica 40

Si observamos los resultados de la tabla 42 y de la gráfica 40 con detenimiento, vemos que algo más de la mitad de los anestesiólogos consideran que menos del 40% de los pacientes están capacitados para comprender esta información. Concretamente, el 11,3% (6) lo sitúa por debajo del 20% y el 43,4% (23) entre un 20 y un 40%. Seguido de un 30,2% (16) de anestesiólogos que opinan que está entre un 40 y un 80%.

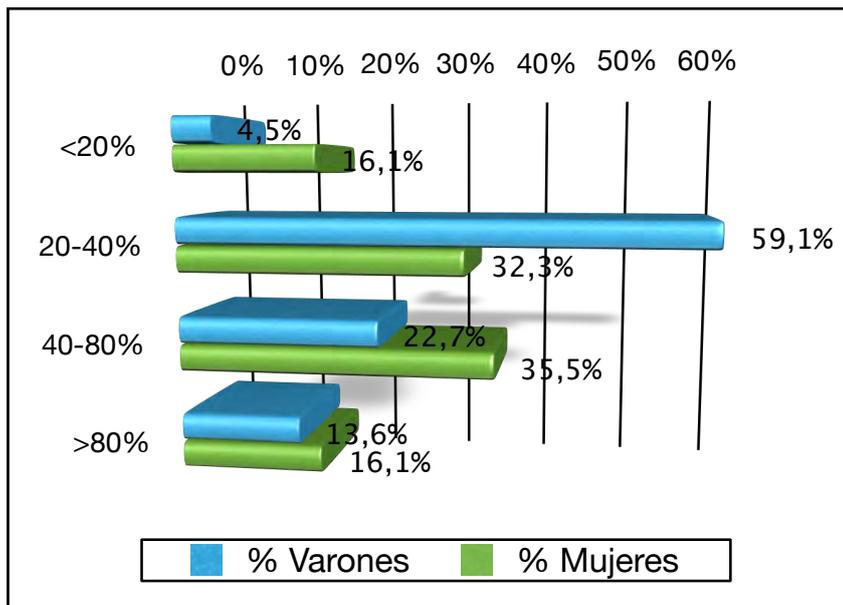
Desde un punto de vista estadístico, podemos afirmar que la respuesta es significativa al 95% y no se debe al azar. (p-valor 0,003) También

podemos decir que existe una relación alta de dependencia entre la respuesta a esta pregunta y el haber recibido formación ética tras la licenciatura (tabla 54 del anexo 1).

Si analizamos detenidamente la distribución respecto al sexo, vemos como la mayoría de los hombres opinan que sólo el tramo comprendido entre el 20 y el 40% de los pacientes comprende la información que se les ha proporcionado, mientras que son más las mujeres que opinan que está entre el 40 y el 80% aunque en proporción casi similar a las que creen que se encuentra entre el 20 y el 40% (tabla 43), (gráfica 41).

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
<20%	6	1	4,5%	5	16,1%
20-40%	23	13	59,1%	10	32,3%
40-80%	16	5	22,7%	11	35,5%
>80%	8	3	13,6%	5	16,1%

Tabla 43

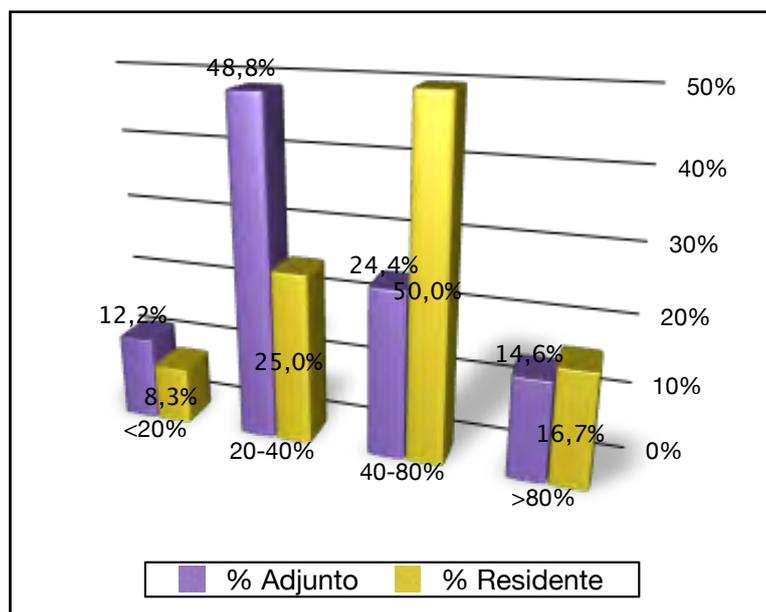


Gráfica 41

El rango del 20-40% también es defendido por la mayor parte de los adjuntos, en cambio los residentes son más optimistas y opinan que se sitúa en un 40-80% de los pacientes (tabla 44), (gráfica 42).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
<20%	6	5	12,2%	1	8,3%
20-40%	23	20	48,8%	3	25,0%
40-80%	16	10	24,4%	6	50,0%
>80%	8	6	14,6%	2	16,7%

Tabla 44



Gráfica 42

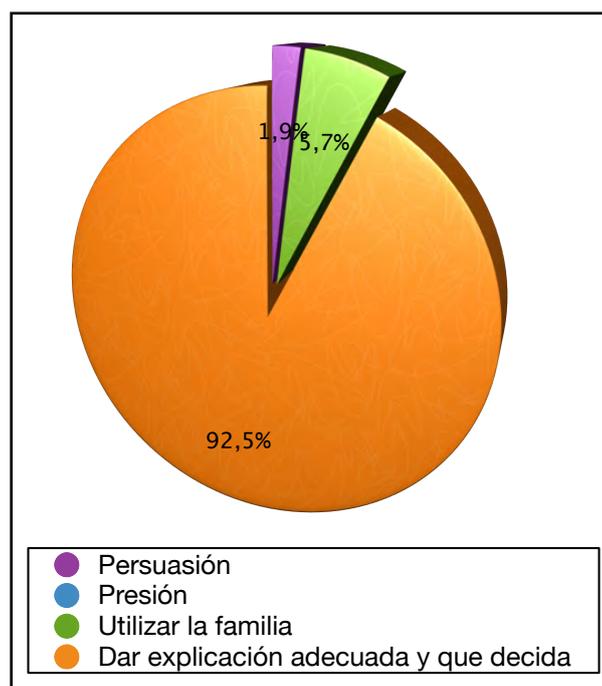
### 1.5.5. Medios para que el paciente acepte

No siempre los pacientes tienen clara la necesidad o la importancia de que se les realice una determinada intervención quirúrgica. Cuando, por razones médicas, es importante llevar a cabo la misma, el anestesiólogo dispone de medios a su alcance para convencer al paciente. Les preguntamos cual de éstos emplea. “IV.5.- Siendo necesaria la intervención ¿que considera adecuado para que el paciente firme el C.I.?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Persuasión	1	1,9%
Presión	0	0%
Utilizar la familia	3	5,7%
Dar explicación adecuada	49	92,5%

*Tabla 45*

La mayor parte, el 92,5% (49), confía en que dar la explicación adecuada será suficiente para que el paciente acepte y firme el Consentimiento Informado. Ninguno presionaría al paciente para conseguirlo y sólo el 1,9% (1) le persuadiría. Aunque un 5,7% (3) sí utilizaría a la familia para convencerle (tabla 45), (gráfica 43).



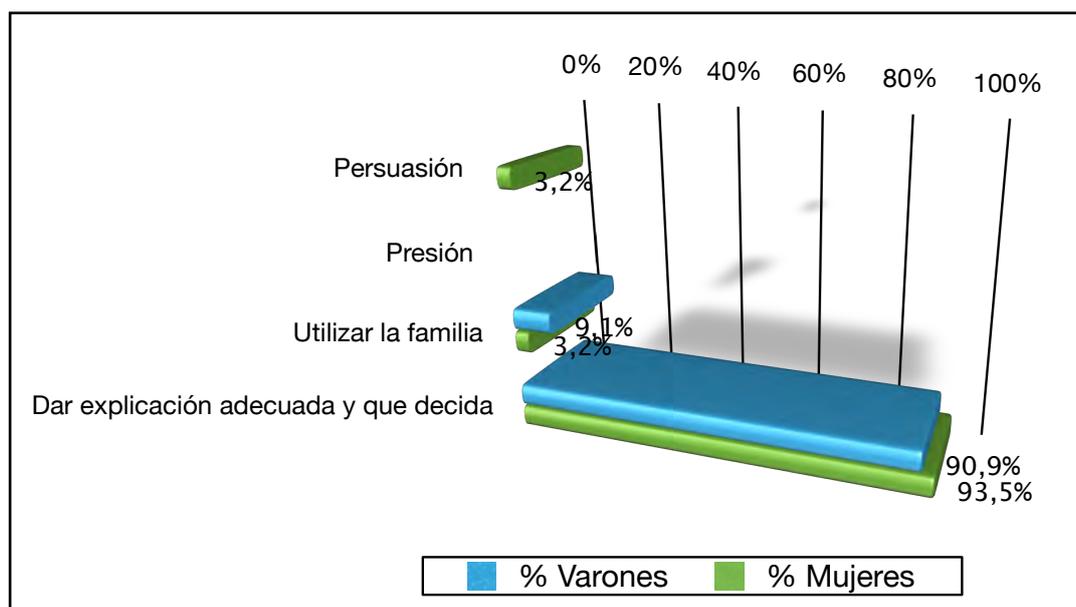
*Gráfica 43*

Al realizar los contrastes de hipótesis, podemos afirmar, al 95%, que estos resultados son estadísticamente significativos (p-valor 0,000). Cuando analizamos los contrastes de independencia de esta cuestión, observamos como existe una relación de dependencia en la respuesta a esta pregunta con la consideración de que la Ética Médica es una disciplina que debe formar parte de la licenciatura en Medicina (tabla 63 del anexo 1).

Enfrentados los resultados a la variable del sexo apreciamos que superan ligeramente las mujeres a los hombres en la confianza de que dar la explicación adecuada será suficiente para que el paciente acepte la intervención (tabla 46), (gráfica 44).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Persuasión	1	0	0%	1	3,2%
Presión	0	0	0%	0	0%
Utilizar la familia	3	2	9,1%	1	3,2%
Dar explicación adecuada	49	20	90,9%	29	93,5%

Tabla 46

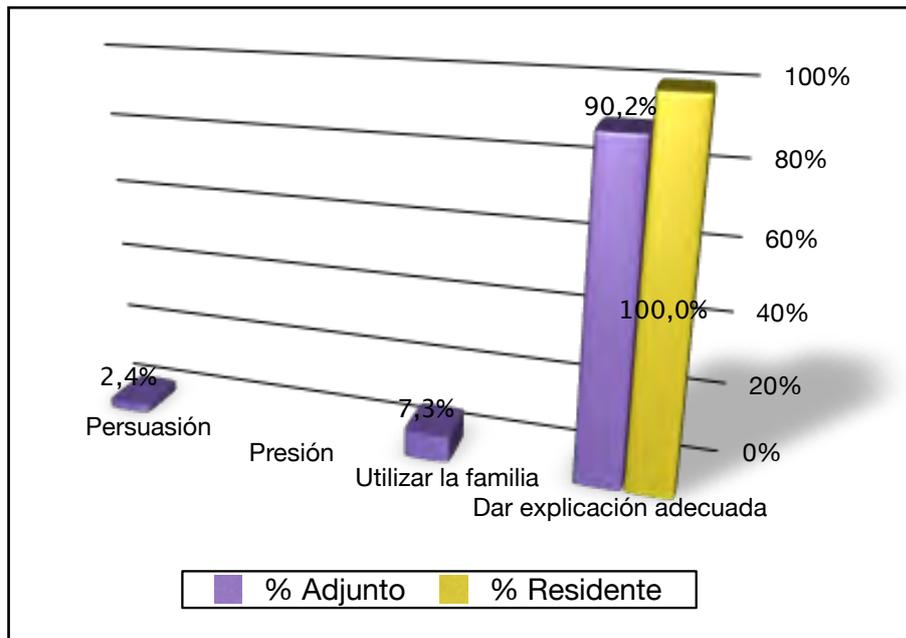


Gráfica 44

Y de residentes sobre adjuntos (tabla 47), (gráfica 45).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Persuasión	1	1	2,4%	0	0%
Presión	0	0	0,0%	0	0%
Utilizar la familia	3	3	7,3%	0	0%
Dar explicación adecuada	49	37	90,2%	12	100%

Tabla 47



Gráfica 45

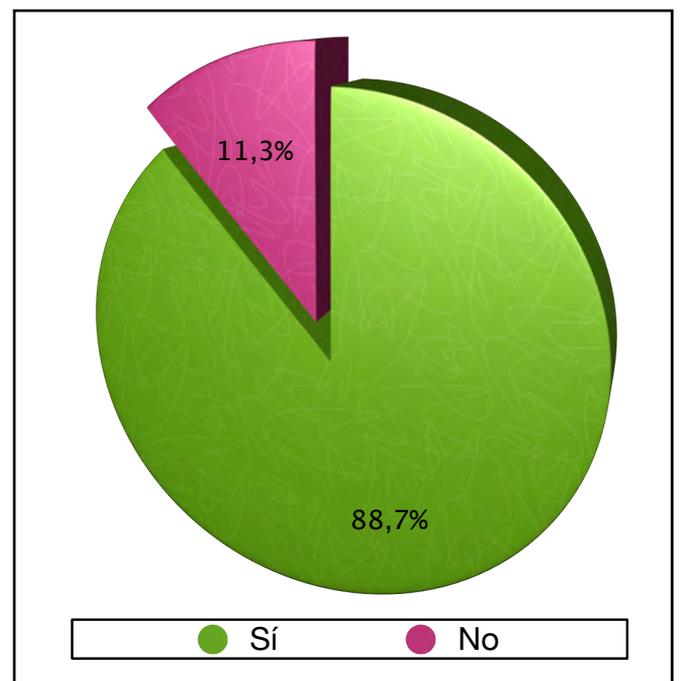
### 1.5.6. Respeto al no querer saber

A pesar de los años que vivimos y de la demanda de información, habitual en los pacientes, aún hay algunos que se niegan a recibir información. Nos preguntamos si este derecho a no querer saber es respetado, o no, por nuestros médicos. “IV.6.- ¿Considera que debe respetar el derecho a no saber, si así se lo manifiesta el paciente?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	47	88,7%
No	6	11,3%

Tabla 48

Vemos como el 88,7% (47) defiende el respeto al derecho de no recibir información en un encomiable ejercicio de respeto a la autonomía del paciente y sólo el 11,3% (6) discrepa de esta opinión (tabla 48), (gráfica 46).

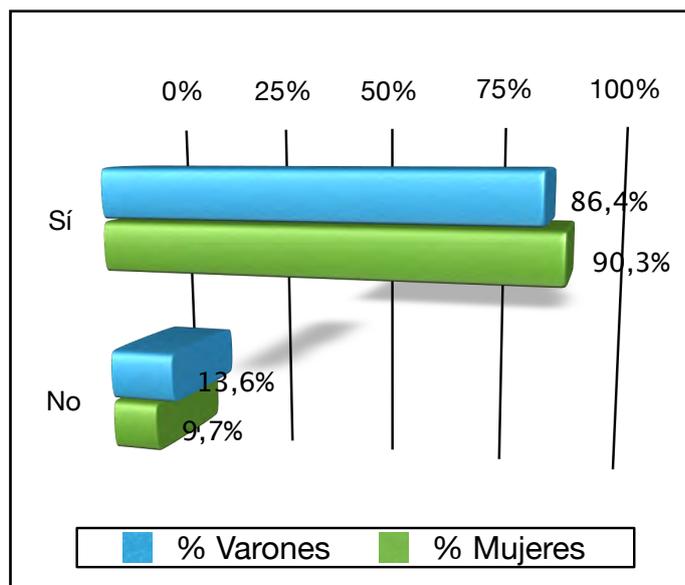


Gráfica 46

Son más las mujeres que respetan la decisión de los pacientes de no ser informados (tabla 49), (gráfica 47).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	47	19	86,4%	28	90,3%
No	6	3	13,6%	3	9,7%

Tabla 49

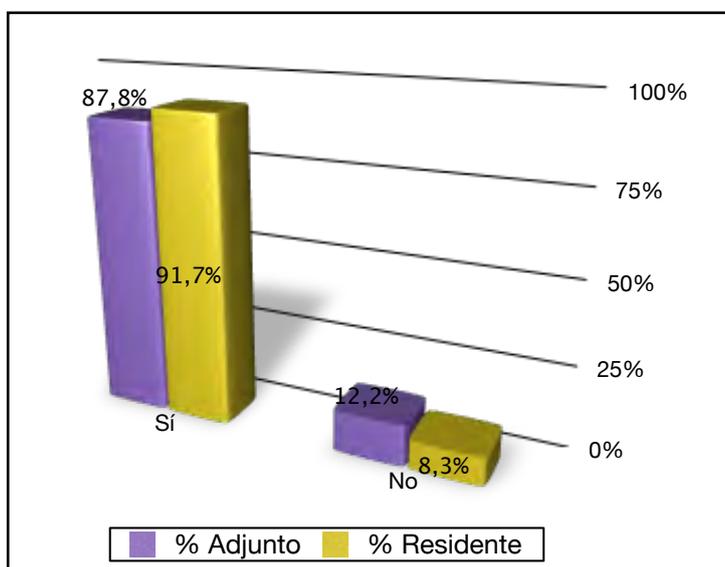


Gráfica 47

Lo mismo ocurre con los residentes (tabla 50), (gráfica 48).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Sí	47	36	87,8%	11	91,7%
No	6	5	12,2%	1	8,3%

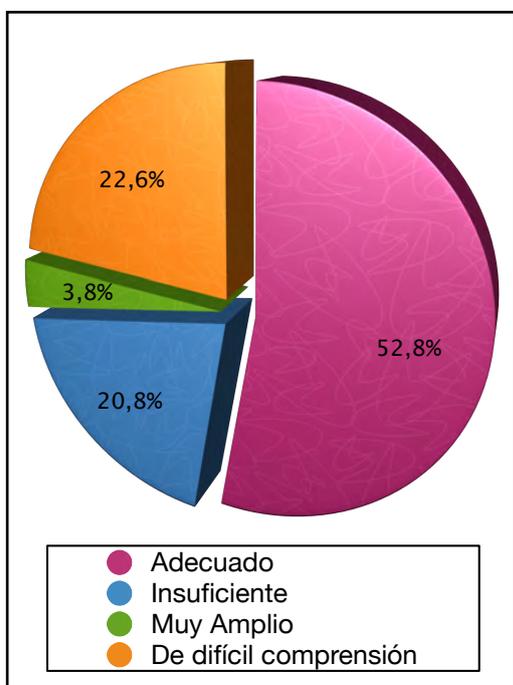
Tabla 50



Gráfica 48

### 1.5.7. Formulario de Consentimiento Informado del Hospital

Queremos saber si los anestesiólogos están o no de acuerdo con el consentimiento que manejan en su día a día. Les preguntamos: “IV.7.- ¿Cómo considera el formulario de C.I. que actualmente utiliza en su hospital?”



Gráfica 49

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Adecuado	28	52,8%
Insuficiente	11	20,8%
Muy Amplio	2	3,8%
De difícil comprensión	12	22,6%

Tabla 51

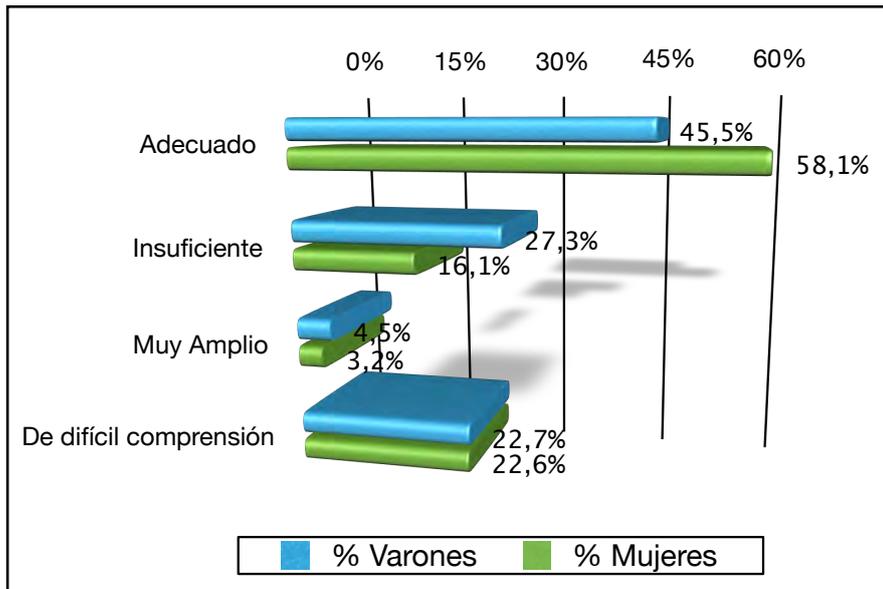
El 52,8% (28) lo considera adecuado, sólo el 22,6% (12) piensa que es de difícil comprensión, el 20,8% (11) cree que es insuficiente y únicamente el 3,8% (2) que es muy amplio, como queda reflejado en la tabla 51 y gráfica 49.

Al realizar el contraste de hipótesis obtenemos unos resultados estadísticamente significativos al 95%. (p-valor 0,000). Si estudiamos la relación de dependencia con otras variables, vemos cómo la respuesta a esta pregunta se relaciona, con una significación del 95%, con el haber recibido formación ética tras la licenciatura (tabla 75 del anexo 1).

Si observamos los resultados en función del sexo, las mujeres lo consideran suficiente en un 58,1% (18) coincidiendo en esta opinión con el 45,5% (10) de los varones (tabla 52), (gráfica 50).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Adecuado	28	10	45,5%	18	58,1%
Insuficiente	11	6	27,3%	5	16,1%
Muy Amplio	2	1	4,5%	1	3,2%
De difícil comprensión	12	5	22,7%	7	22,6%

Tabla 52

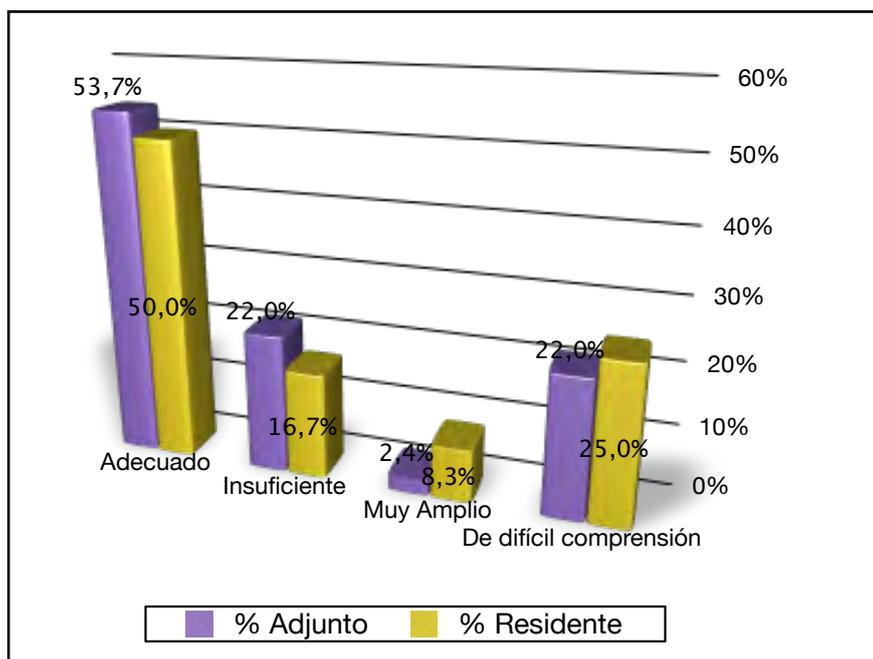


Gráfica 50

Son los adjuntos quienes superan a los residentes a la hora de considerar adecuado el documento del Consentimiento Informado que manejan (tabla 53), (gráfica 51).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Adecuado	28	22	53,7%	6	50%
Insuficiente	11	9	22,0%	2	16,7%
Muy Amplio	2	1	2,4%	1	8,3%
De difícil comprensión	12	9	22,0%	3	25%

Tabla 53



Gráfica 51

### **1.5.8. Discusión**

Al abordar el proceso de C.I. en Anestesiología en este Complejo Hospitalario lo primero que tenemos que atender es la actitud de los que tienen la misión de llevarlo a cabo y cómo van a hacerlo.

Las respuestas son suficientemente esclarecedoras en cuanto a la consideración de su necesidad, la realización por convencimiento atendiendo, fundamentalmente, a la calidad de la información desde una encomiable inquietud por tener un protocolo cuanto más bueno mejor. Y todo ello desde la percepción de que su esfuerzo no siempre va a verse recompensado por una comprensión adecuada de la información, pero con la certeza de que el respeto a los derechos del paciente forma parte de la praxis habitual de esta profesión sustanciándolo en la explicación, como método de convencimiento, y también en la actitud ante el derecho a no querer saber por parte del paciente.

Podemos, pues, afirmar que la actitud de los profesionales de este servicio, ante el proceso de C.I., se encuadra dentro de los postulados del actual paradigma ético de la profesión médica.

## 1.6. Práctica clínica del proceso de Consentimiento Informado

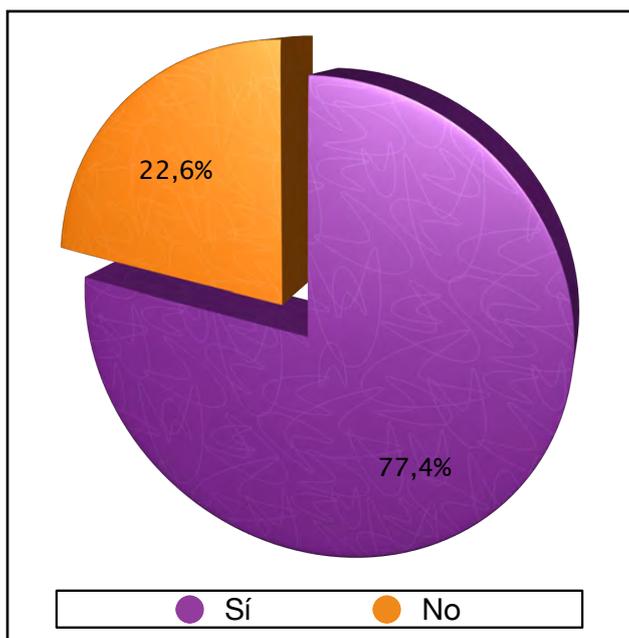
Una vez que conocemos qué conocimientos éticos y legales tiene el profesional de la Anestesiología y también cuál es su actitud ante el Consentimiento Informado, nos preguntamos cómo maneja dicho consentimiento en su quehacer diario.

### 1.6.1. Entrega del Consentimiento Informado

A la pregunta: “V.I.- En su ejercicio profesional en este Complejo hospitalario, ¿les facilita el documento de C.I. de anestesia a todos los pacientes?”. Han respondido:

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	41	77,4%
No	12	22,6%

Tabla 54



El 77,4% (41) facilita dicho documento, sólo el 22,6% (12) dice no aplicarlo en todos los pacientes (tabla 54), (gráfica 52).

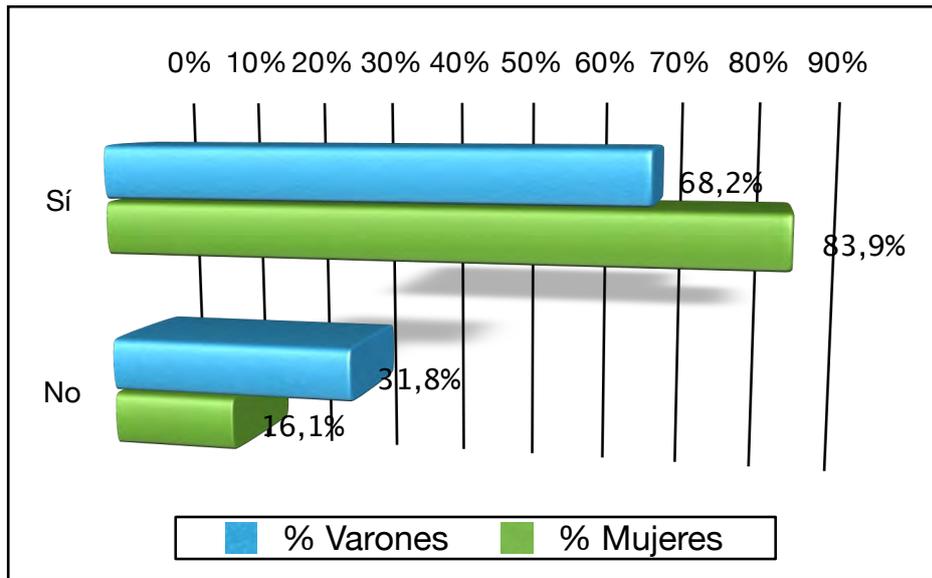
Al hacer el contraste de hipótesis, cuya hipótesis nula es que las respuestas son fruto del azar, se ha obtenido que, al 95%, se puede rechazar dicha hipótesis nula (p-valor 0,000). Al ser significativos los resultados, podemos considerarlos concluyentes.

Gráfica 52

Las mujeres, en un porcentaje bastante superior a los hombres, facilitan el documento de Consentimiento Informado a los pacientes (tabla 55), (gráfica 53).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	41	15	68,2%	26	83,9%
No	12	7	31,8%	5	16,1%

Tabla 55

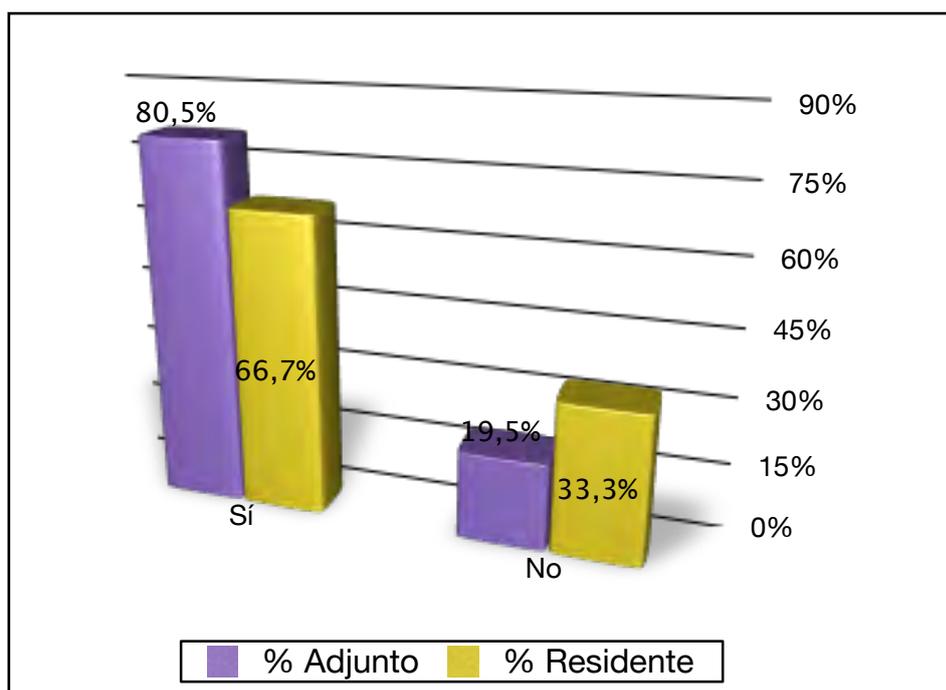


Gráfica 53

El 80,5%(33) de los adjuntos ha respondido positivamente frente a un 66,7% (8) de los residentes (tabla 56), (gráfica 54).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	41	33	80,5%	8	66,7%
No	12	8	19,5%	4	33,3%

Tabla 56



Gráfica 54

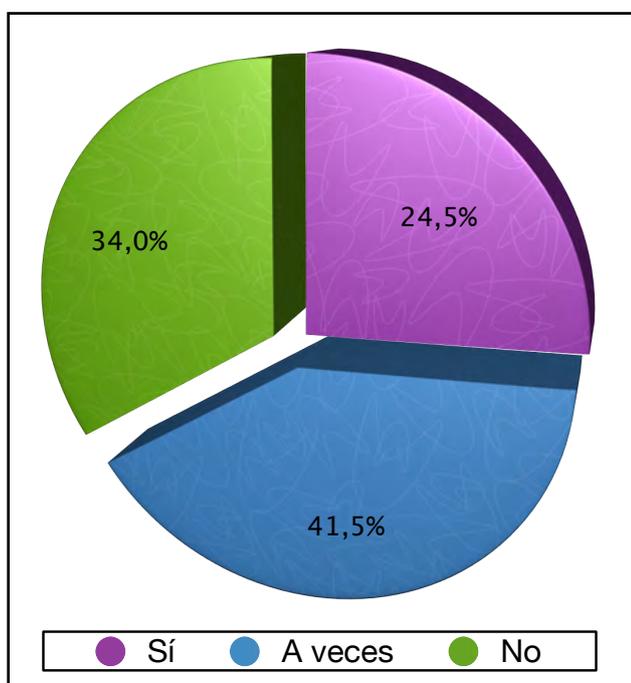
### 1.6.2. Constancia en la Historia Clínica

No sólo es importante facilitar y obtener el documento de Consentimiento Informado, también queremos saber si los anestesiólogos dejan constancia por escrito de este hecho en la Historia Clínica del paciente. “V.2.- Además de obtener el consentimiento del paciente ¿deja constancia de este hecho en la historia clínica?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	13	24,5%
A veces	22	41,5%
No	18	34%

*Tabla 57*

Sólo el 41,5% (22) lo hace a veces, un 24,5% (13) dice hacerlo y un 34% (18) lo niega (tabla 57), (gráfica 55).

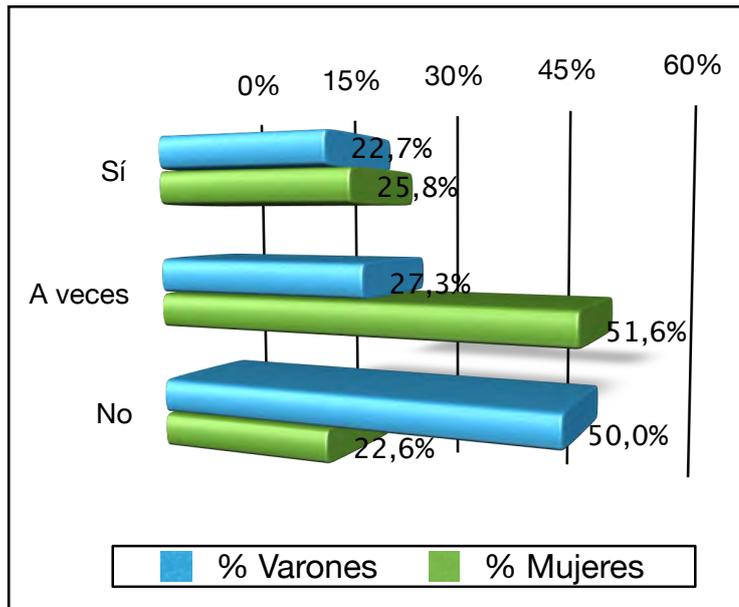


*Gráfica 55*

En cuanto a la distribución por sexos, el 50%(11) de los varones no lo refleja en la Historia clínica frente al 22,6% (7) de las mujeres (tabla 58), (gráfica 56).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	13	5	22,7%	8	25,8%
A veces	22	6	27,3%	16	51,6%
No	18	11	50,0%	7	22,6%

*Tabla 58*

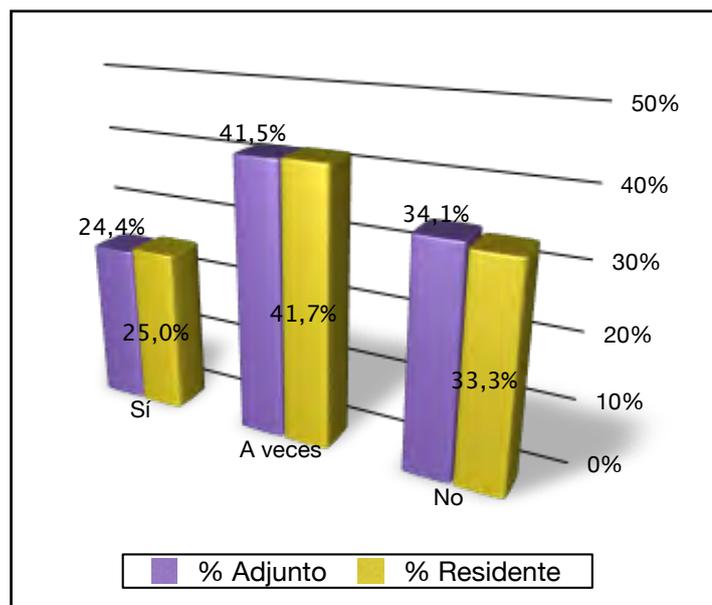


Gráfica 56

El comportamiento de adjuntos y residentes es similar (tabla 59), (gráfica 57).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	13	10	24,4%	3	25,0%
A veces	22	17	41,5%	5	41,7%
No	18	14	34,1%	4	33,3%

Tabla 59



Gráfica 57

### 1.6.3. Ampliación y explicación de la información

Queremos conocer cuál es la actitud del anestesiólogo cuando el paciente demanda más información. “V.3.- Si el paciente se lo solicita ¿amplia o explica la información?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	51	96,2%
A veces	2	3,8%
No	0	0%

Tabla 60

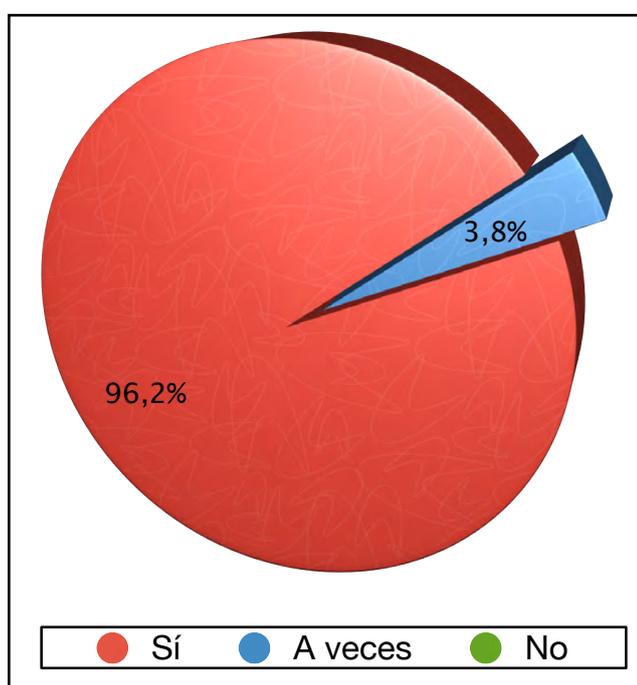
Una amplia mayoría, el 96,2% (51), amplía o explica la información y ninguno se niega a ello (tabla 60), (gráfica 58).

Los resultados obtenidos en esta cuestión, son estadísticamente significativos al 95%, (p-valor 0,000), lo que quiere decir que los resultados son concluyentes.

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia muy alta entre la respuesta dada esta pregunta y la edad del encuestado (tabla 92 del anexo 1). También existe dependencia con haber cursado Ética en la carrera (tabla 95 del anexo 1) y haber

recibido formación ética tras la licenciatura (tabla 96 del anexo 1), lo que nos habla de la importancia de la formación de esta ciencia y cómo ésta se refleja en la práctica.

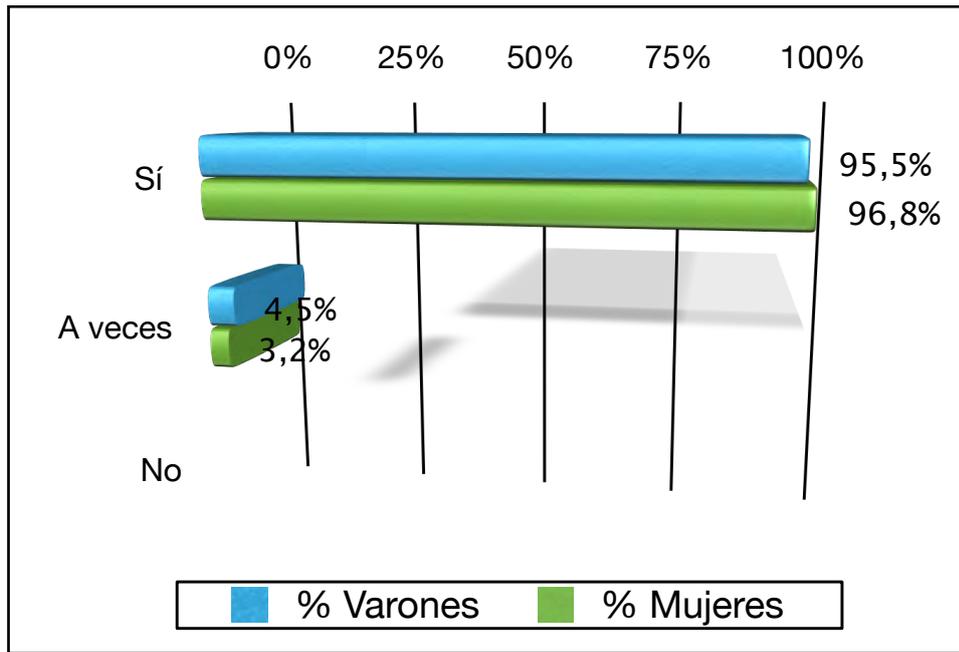
Las proporciones en cuanto a la distribución por sexo son similares (tabla 61), (gráfica 59).



Gráfica 58

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	51	21	95,5%	30	96,8%
A veces	2	1	4,5%	1	3,2%
No	0	0	0%	0	0%

Tabla 61

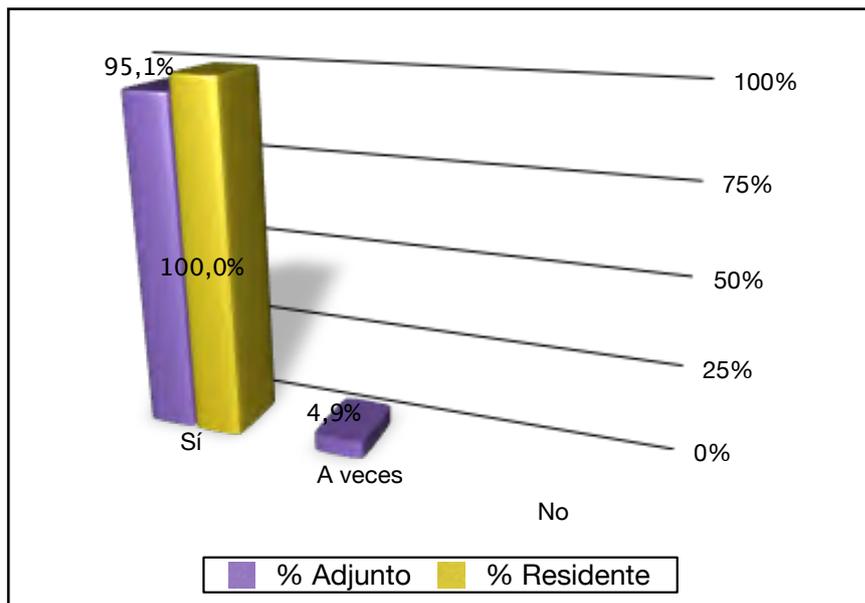


Gráfica 59

El total de los residentes dice cumplir con la petición del paciente y sólo un 4,9%(2) de los adjuntos lo hace a veces (tabla 62), (gráfica 60).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	51	39	95,1%	12	100%
A veces	2	2	4,9%	0	0%
No	0	0	0%	0	0%

Tabla 62



Gráfica 60

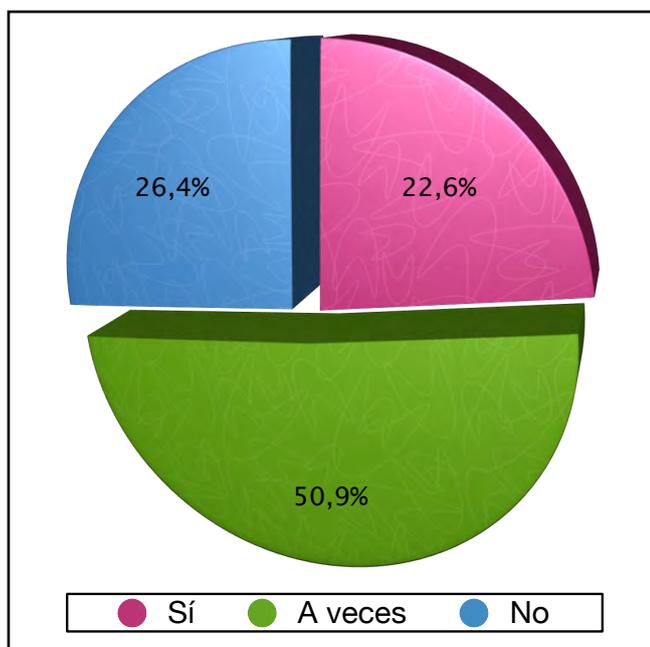
### 1.6.4. Tiempo para el Consentimiento Informado

En los tiempos que corren, donde el trabajo se hace a contrarreloj debido a la masificación de las consultas, es difícil poder dedicar el tiempo que necesitan nuestros pacientes, ¿el profesional es consciente de eso? “V.4.- En el caso de su hospital ¿dispone el anestesiólogo de tiempo suficiente para responder a las dudas que pueda tener el paciente?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	12	22,6%
A veces	27	50,9%
No	14	26,4%

Tabla 63

La mayoría, el 50,9% (27), opina que sólo a veces se dispone del tiempo suficiente, el 26,4% (14) que no y el 22,6% (12), opina que sí (tabla 63), (gráfica 61).



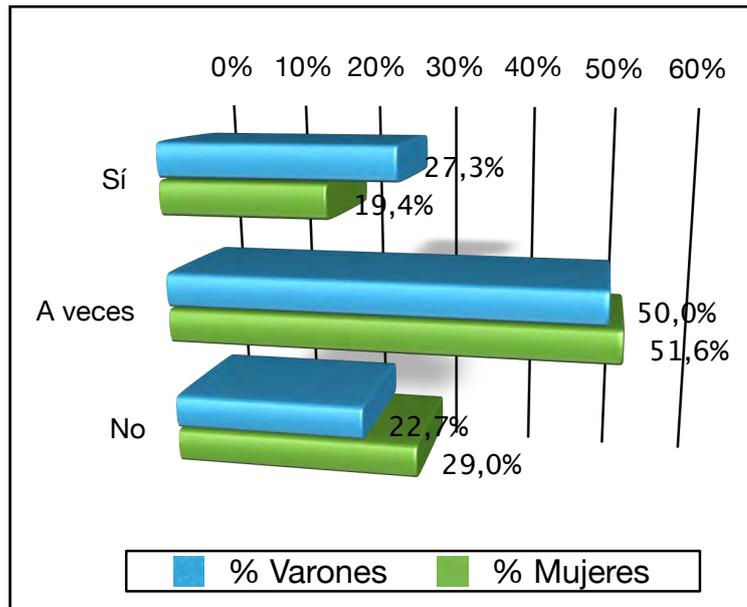
Gráfica 61

Las proporciones son significativas y, por tanto, no se deben al azar (p-valor 0,000).

Destacan los varones, si fundimos en una las dos primeras opciones (tabla 64), (gráfica 62).

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	12	6	27,3%	6	19,4%
A veces	27	11	50,0%	16	51,6%
No	14	5	22,7%	9	29,0%

Tabla 64

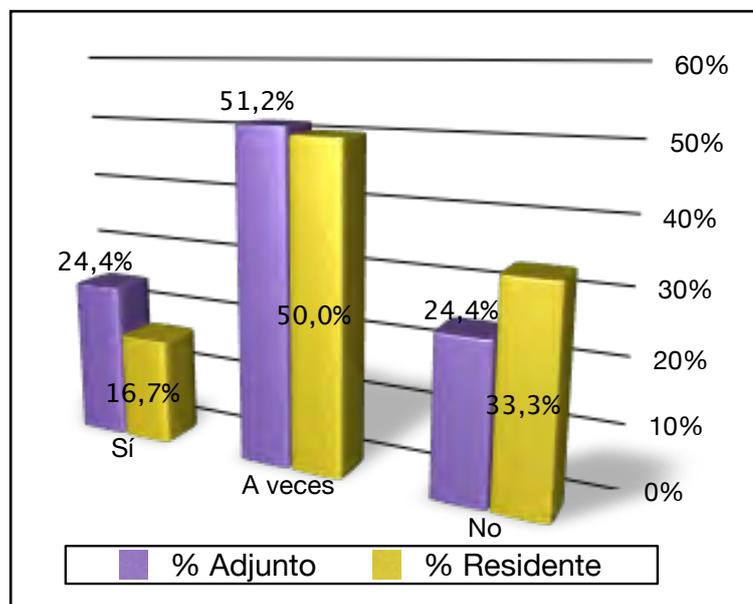


Gráfica 62

Prácticamente la mitad de adjuntos y de residentes opinan que a veces se dispone de tiempo suficiente, pero es interesante observar como un 33,3% (4) de los residentes lo hacen rotundamente en contrario frente a un 24,4% (10) de los adjuntos (tabla 65), (gráfica 63).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	12	10	24,4%	2	16,7%
A veces	27	21	51,2%	6	50,0%
No	14	10	24,4%	4	33,3%

Tabla 65



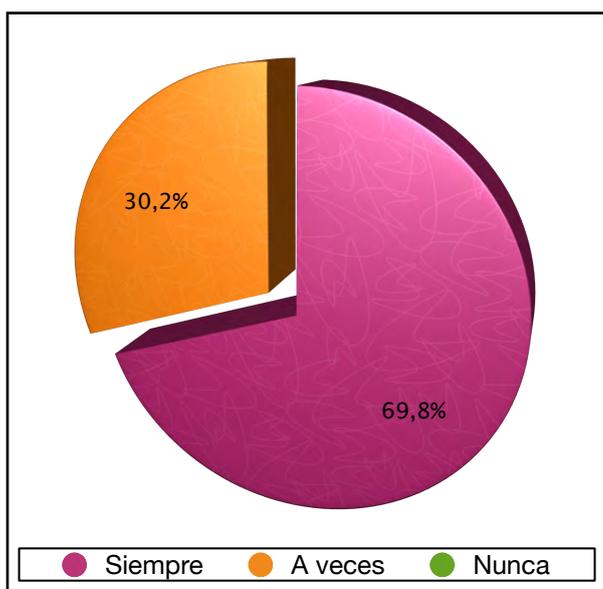
Gráfica 63

### 1.6.5. Información sobre la técnica anestésica

Sabemos que en el proceso de C.I. el Anestesiólogo explica al paciente los riesgos de someterse a la anestesia para la intervención, pero ¿proporciona también información adecuada sobre la técnica anestésica que va a realizar? Les preguntamos: “V.5.- ¿Facilita al paciente información sobre la técnica anestésica que probablemente se vaya a emplear durante la intervención?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Siempre	37	70%
A veces	16	30%
Nunca	0	0%

Tabla 66



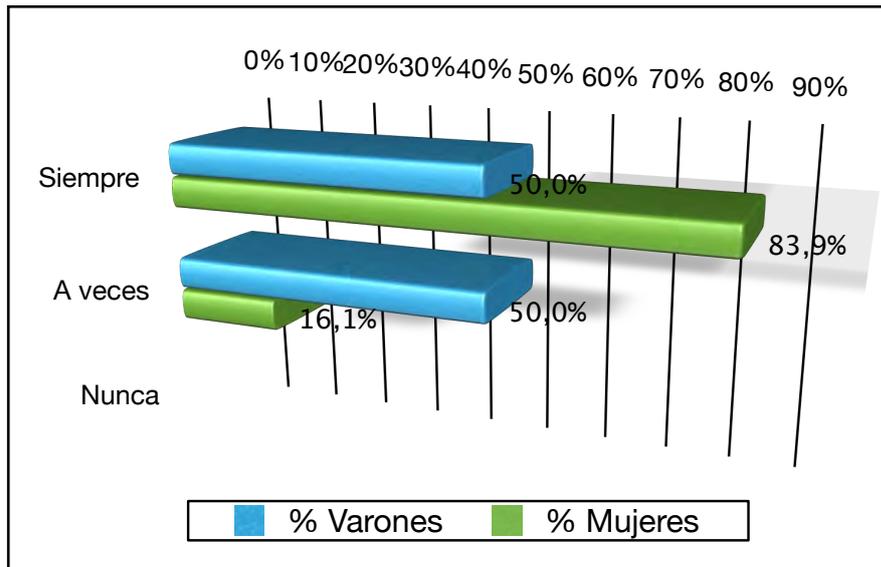
Las respuestas obtenidas hablan por sí mismas: El 69,8% (37) confirma que lo hace siempre, el 30,2% (16) que a veces y ninguno deja de informar de ello al paciente (tabla 66), (gráfica 64).

Los resultados a esta pregunta son estadísticamente significativos en un 95%. (p-valor 0,000). Al realizar los contrastes de independencia entre diferentes variables y esta cuestión, vemos cómo existe relación con el sexo (tabla 107 del anexo 1) y con el haber cursado la asignatura de Ética Médica en la carrera (tabla 109 del anexo 1).

Predominan las mujeres sobre los hombres a la hora de facilitar siempre información sobre la técnica (tabla 67), (gráfica 65).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Siempre	37	11	50%	26	83,9%
A veces	16	11	50%	5	16,1%
Nunca	0	0	0%	0	0%

Tabla 67

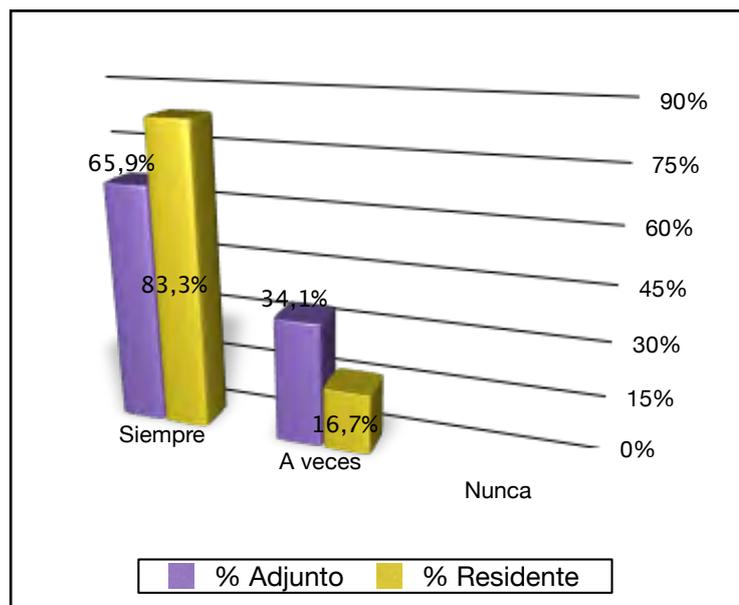


Gráfica 65

El 83,3% (10) de los residentes siempre facilitan información, frente al 65,9% (27) de los adjuntos (tabla 68), (gráfica 66).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Siempre	37	27	65,9%	10	83,3%
A veces	16	14	34,1%	2	16,7%
Nunca	0	0	0%	0	0%

Tabla 68



Gráfica 66

### 1.6.6. Elección del paciente

Y al hilo de la pregunta anterior, si existen diferentes posibilidades de técnicas anestésicas, ¿son explicadas éstas al paciente permitiéndole que sea él quien decida? Les formulamos la siguiente pregunta: “V.6.-Al entregar el C.I., si es posible realizar para esa intervención diferentes modalidades de anestesia, ¿se las explica Vd. al paciente permitiendo que sea el quién decida cuál realizar?”

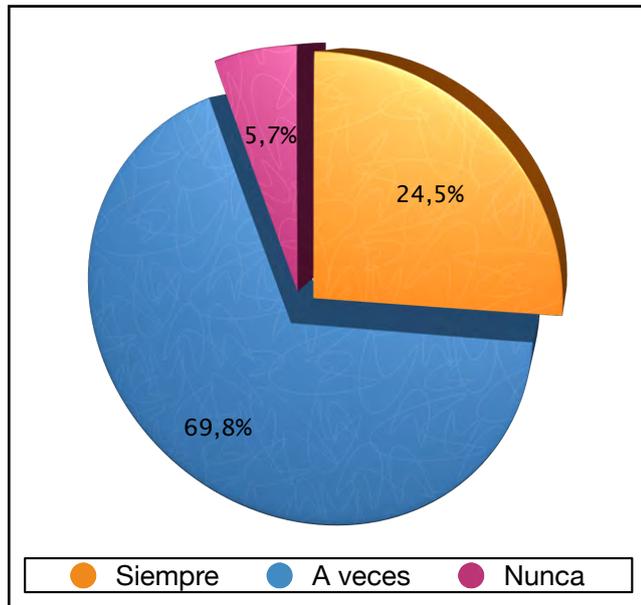
<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Siempre	13	24,5%
A veces	37	69,8%
Nunca	3	5,7%

*Tabla 69*

El 69,8% (37) contestó a veces, un 24,5% (13) siempre y sólo el 5,7% (3) contestó que nunca (tabla 69), (gráfica 67).

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Al ser significativos, al 95%, se consideran concluyentes los resultados (p-valor 0,000).

Establecidos los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado (tabla 115 del anexo 1). También existe dependencia con haber recibido formación ética tras la licenciatura (tabla 117 del anexo 1).

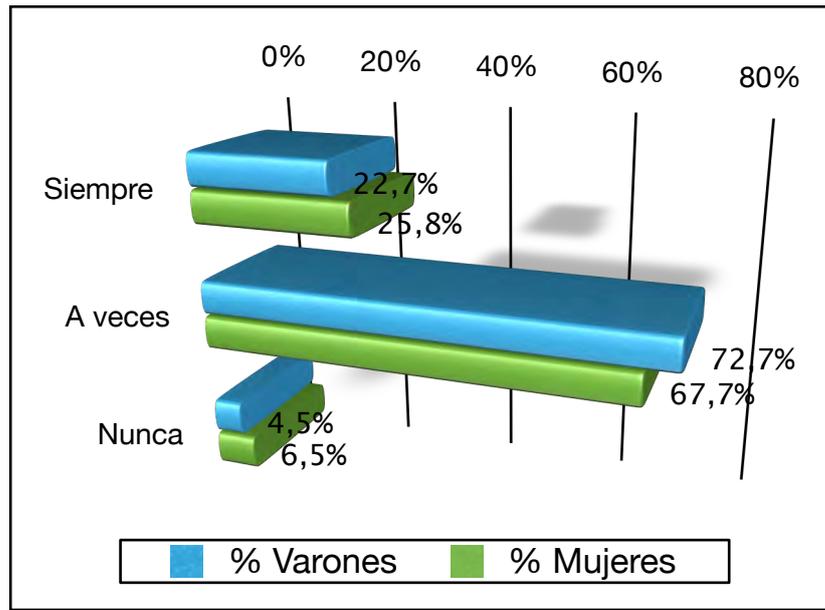


*Gráfica 67*

Los varones superan a las mujeres en dar la información a veces (tabla 70), (gráfica 68).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Siempre	13	5	22,73%	8	25,81%
A veces	37	16	72,73%	21	67,74%
Nunca	3	1	4,55%	2	6,45%

*Tabla 70*

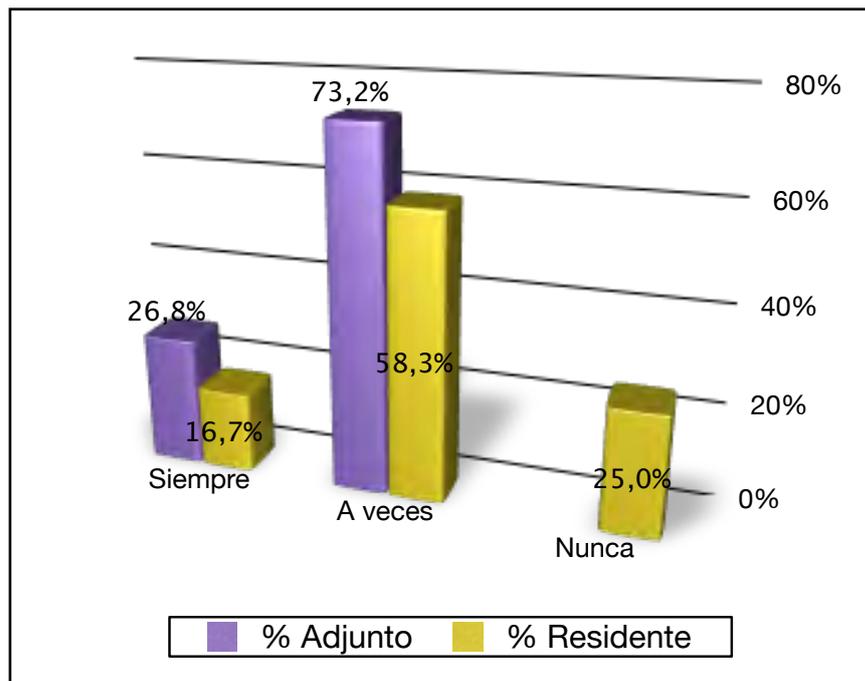


Gráfica 68

Y los residentes son más reacios a proporcionar la información (tabla 71), (gráfica 69).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Siempre	13	11	26,83%	2	16,67%
A veces	37	30	73,17%	7	58,33%
Nunca	3	0	0%	3	25%

Tabla 71



Gráfica 69

### 1.6.7. Comprensión de los riesgos

Ya vimos anteriormente qué opinaban los profesionales sobre el porcentaje de información suministrada que son capaces de comprender los pacientes, a continuación les preguntamos si ponen empeño en que los pacientes y/o sus familias comprendan esta información. “V.7.-¿Intenta hacer comprender al paciente y/o familiares los riesgos derivados del acto anestésico?”

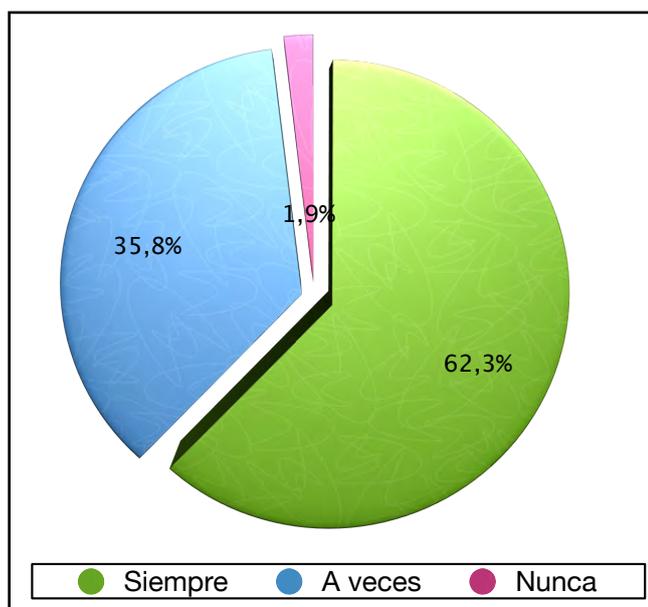
<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Siempre	33	62,3%
A veces	19	35,8%
Nunca	1	1,9%

Tabla 72

El 62,3% (33) dice que lo hace siempre, el 35,8% (19) sólo a veces y el 1,9% (1) que nunca, como figura en la tabla 72 y en la gráfica 70.

Los resultados son estadísticamente significativos al 95%, por tanto, las respuestas no son fruto del azar y pueden ser consideradas concluyentes (p-valor 0,000).

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia muy alta entre la respuesta dada a esta pregunta y la edad del encuestado (tabla 120 del anexo 1).

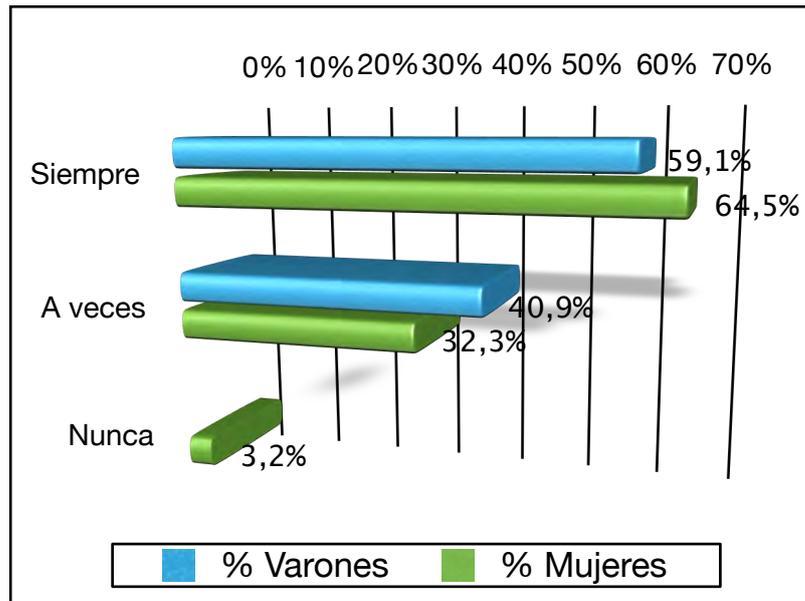


Gráfica 70

Distribuido por sexo vemos como las mujeres ponen más empeño en que el paciente comprenda los riesgos que los hombres (tabla 73), (gráfica 71).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Siempre	33	13	59,1%	20	64,5%
A veces	19	9	40,9%	10	32,3%
Nunca	1	0	0,0%	1	3,2%

Tabla 73

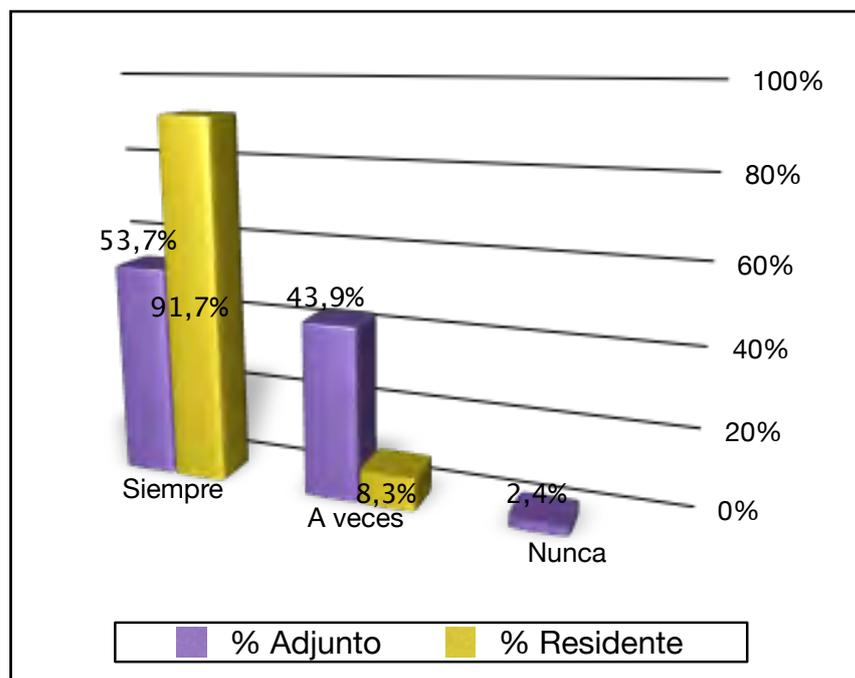


Gráfica 71

Lo mismo ocurre con los residentes y los adjuntos, donde el 91,7% (11) de los residentes siempre intenta que sea comprendido frente al 53,7% (22) de los adjuntos (tabla 74), (gráfica 72).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Siempre	33	22	53,7%	11	91,7%
A veces	19	18	43,9%	1	8,3%
Nunca	1	1	2,4%	0	0,0%

Tabla 74



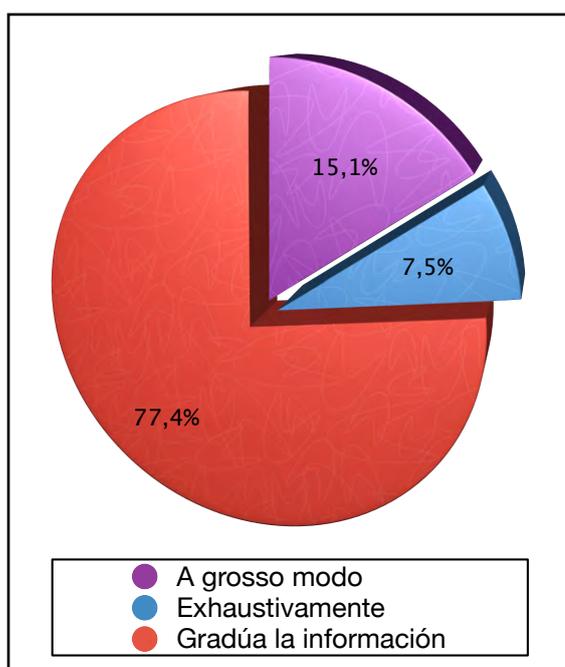
Gráfica 72

### 1.6.8. Extensión de la información de los riesgos

Una vez conocidos los riesgos a los que el paciente se someterá en el acto anestésico, preguntamos sobre la extensión de la información de esos riesgos que el anestesiólogo da al paciente. “V.8.- ¿Con que extensión proporciona al paciente la información de los riesgos a los que estará expuesto en el acto anestésico?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
A “grosso modo”	8	15,1%
Exhaustivamente	4	7,5%
Gradúa la información	41	77,4%

Tabla 75



Un 77,4% (41) gradúa la información de acuerdo al nivel de conocimientos que tiene el paciente, el 15,1% (8) proporciona esa información a “grosso modo” y únicamente el 7,5% (4) lo hace exhaustivamente (tabla 75), (gráfica 73).

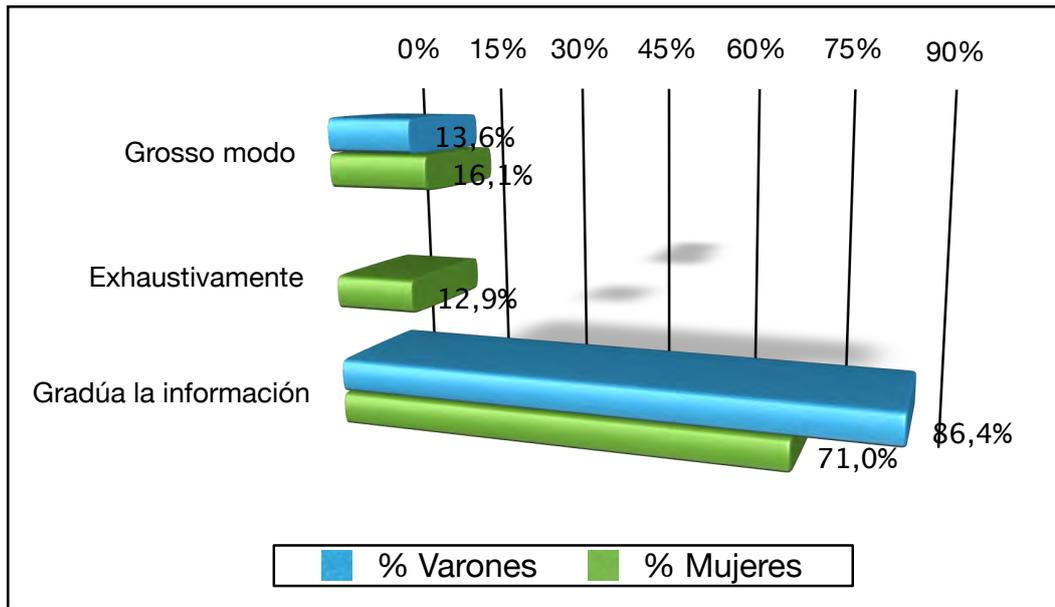
Las proporciones son significativas y, por tanto, no se deben al azar ( p-valor 0,000).

Gráfica 73

Los varones prefieren graduar la información en mayor medida que las mujeres (tabla 76), (gráfica 74).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
A “grosso modo”	8	3	13,6%	5	16,1%
Exhaustivamente	4	0	0,0%	4	12,9%
Gradúa la información	41	19	86,4%	22	71,0%

Tabla 76

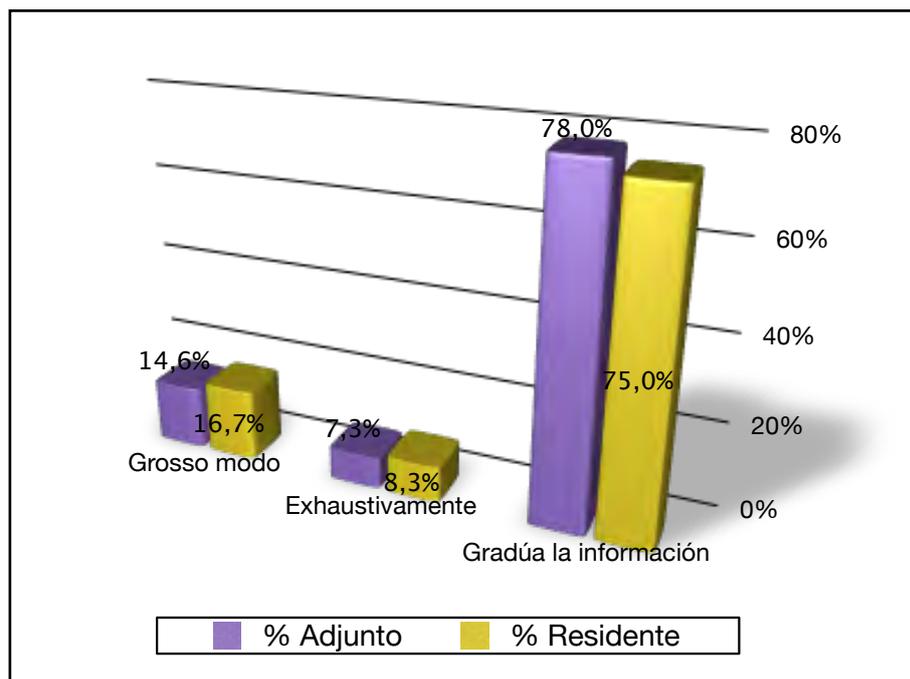


Gráfica 74

Los adjuntos en su mayor parte gradúan la información mientras que los residentes prefieren explicar a “grosso modo” (tabla 77), (gráfica 75).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
A “grosso modo”	8	6	14,6%	2	16,7%
Exhaustivamente	4	3	7,3%	1	8,3%
Gradúa la información	41	32	78,0%	9	75,0%

Tabla 77



Gráfica 75

### 1.6.9. Información de los riesgos

Habitualmente el anestesiólogo se encuentra en la consulta con el paciente acompañado de familiares. Le preguntamos a quien prefiere informar. “V.9.- ¿A quien prefiere informar de los riesgos?”

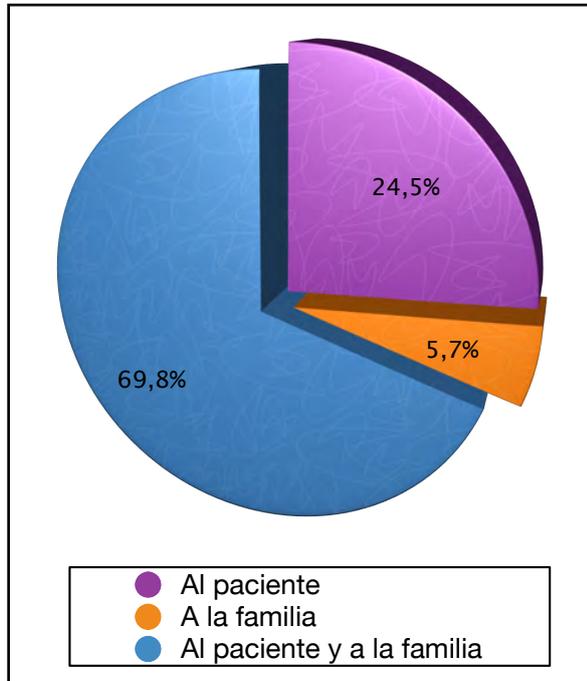
<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Al Paciente	13	25%
A la Familia	3	6%
Al paciente y a la familia	37	70%

Tabla 78

El 25%(13) prefiere informar al paciente, sólo el 6%(3) se decantan por la familia y el 70%(37) prefiere informar a ambos (tabla 78), (gráfica 76).

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar (p-valor 0,000). Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos al 95% que se pueden considerar, por tanto, concluyentes.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la consideración de si la asignatura de Ética Médica debe formar parte de la licenciatura (tabla 140 del anexo1).

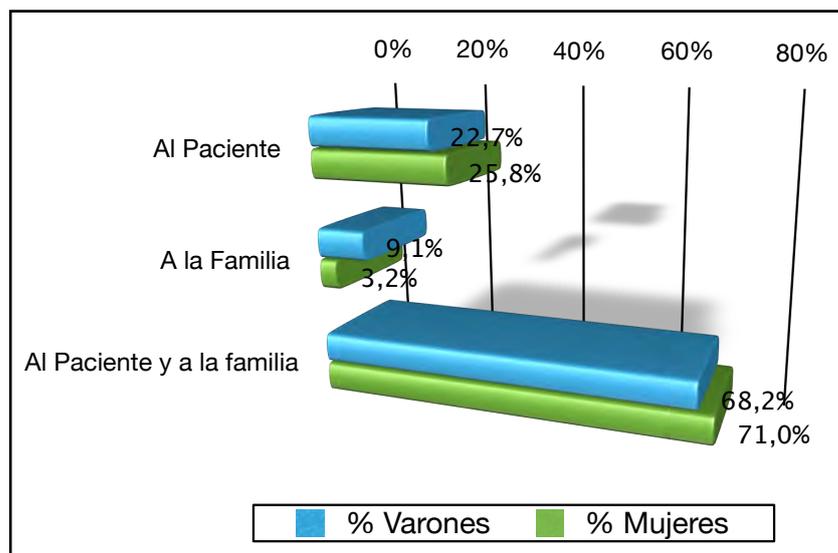


Gráfica 76

Predominan las mujeres sobre los hombres a la hora de preferir informar tanto a los pacientes como a su familia (tabla 79), (gráfica 77).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Al Paciente	13	5	22,7%	8	25,8%
A la Familia	3	2	9,1%	1	3,2%
Al Paciente y a la familia	37	15	68,2%	22	71,0%

Tabla 79

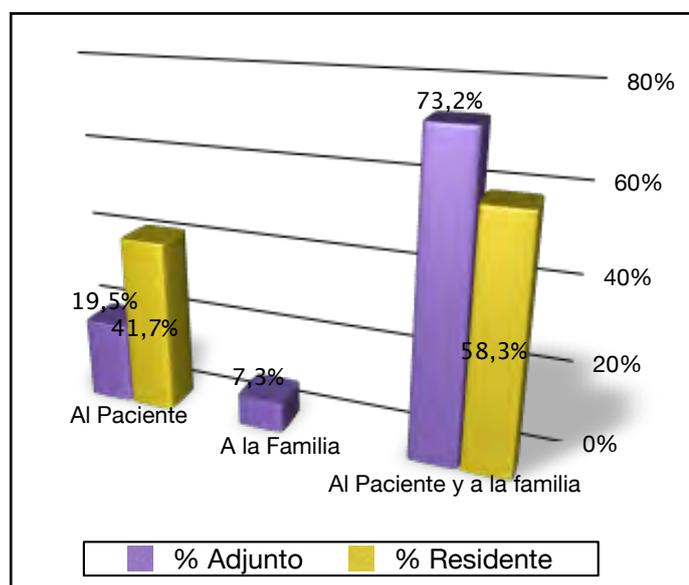


Gráfica 77

En cuanto a la distribución por puesto de trabajo, que queda reflejada en la tabla 80 y en la gráfica 78, es llamativa la diferencia entre adjuntos y residentes en cuanto a la información al paciente. No hemos hallado dependencia, estadísticamente significativa, entre la respuesta y haber cursado la asignatura en la carrera, aunque sí con la opinión de que debe hacerse. Pero desde el punto de vista descriptivo es llamativo como los residentes, que sí la cursaron como hemos visto, se decantan por que la información no se proporcione en ningún caso a la familia a espaldas del paciente.

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Al Paciente	13	8	19,5%	5	41,7%
A la Familia	3	3	7,3%	0	0,0%
Al Paciente y a la familia	37	30	73,2%	7	58,3%

Tabla 80



Gráfica 78

### 1.6.10. Barrera idiomática

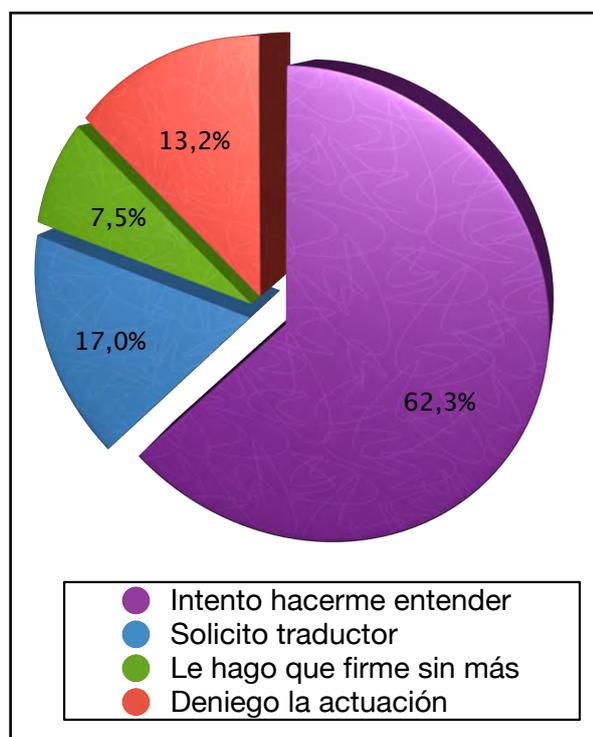
En numerosas ocasiones nos enfrentamos a pacientes con un idioma diferente al nuestro. Esta dificultad se convierte en un problema difícil de resolver. ¿Que hacen los anestesiólogos en esos casos? "V.10.- Cuando tiene dificultad de comunicación con el paciente por barreras idiomáticas ¿qué hace?"

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Intento hacerme entender	33	62,3%
Solicito traductor	9	17,0%
Le hago que firme sin más	4	7,5%
Deniego la actuación	7	13,2%

Tabla 81

El 62,3% (33) intentan hacerse entender, el 17% (9) solicitan traductor, el 13,2% (7) suspenden la intervención y el 7,5% (4) les hace firmar el Consentimiento sin más (tabla 81), (gráfica 79).

Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos en un 95% y, por tanto, concluyentes (p-valor 0,000).

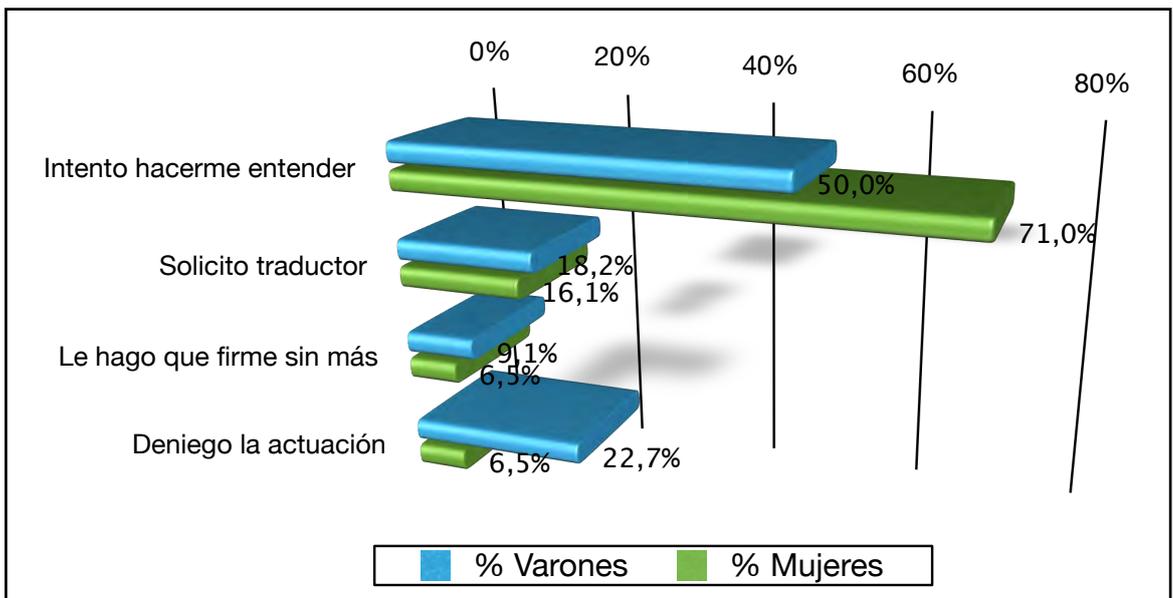


Gráfica 79

Las mujeres ponen más empeño que los hombres en hacerse entender, mientras que los segundos arriesgan menos denegando la actuación (tabla 82), (gráfica 80).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Intento hacerme entender	33	11	50%	22	71,0%
Solicito traductor	9	4	18,2%	5	16,1%
Le hago que firme sin más	4	2	9,1%	2	6,5%
Deniego la actuación	7	5	22,7%	2	6,5%

Tabla 82

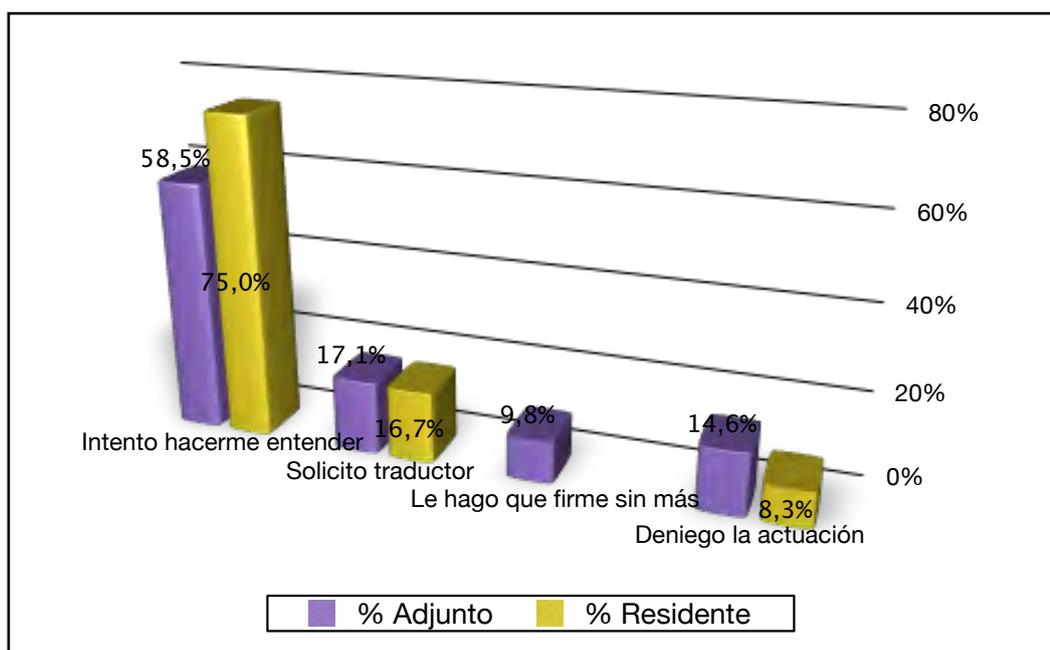


Gráfica 80

Lo mismo ocurre con los residentes, el 75% (9) de ellos intentan hacerse entender frente al 58,5% (24) de adjuntos (tabla 83), (gráfica 81).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Intento hacerme entender	33	24	58,5%	9	75%
Solicito traductor	9	7	17,1%	2	16,7%
Le hago que firme sin más	4	4	9,8%	0	0%
Deniego la actuación	7	6	14,6%	1	8,3%

Tabla 83



Gráfica 81

### 1.6.11. Barrera cultural o religiosa

¿Pero qué ocurre cuando el problema entre médico y paciente se debe a la estructura cultural o a las creencias religiosas? Les preguntamos a los anestesiólogos que hacen en esas circunstancias. “V.11.- ¿Y si la barrera para la actuación anestésica es cultural o religiosa?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Trato de persuadirle	7	13,2%
Le informo de lo que sé que va a admitir	19	35,8%
Traslado el caso a otro compañero	2	3,8%
Deniego la actuación	25	47,2%

Tabla 84



En la tabla 84 y gráfica 82 vemos que, en este caso, el 47,2% (25) suspenden la intervención, el 35,8% (19) de ellos les informa de lo que saben que van a admitir, el 13,2% (7) intenta convencerlos y sólo el 3,8% (2) traslada el caso a otro compañero.

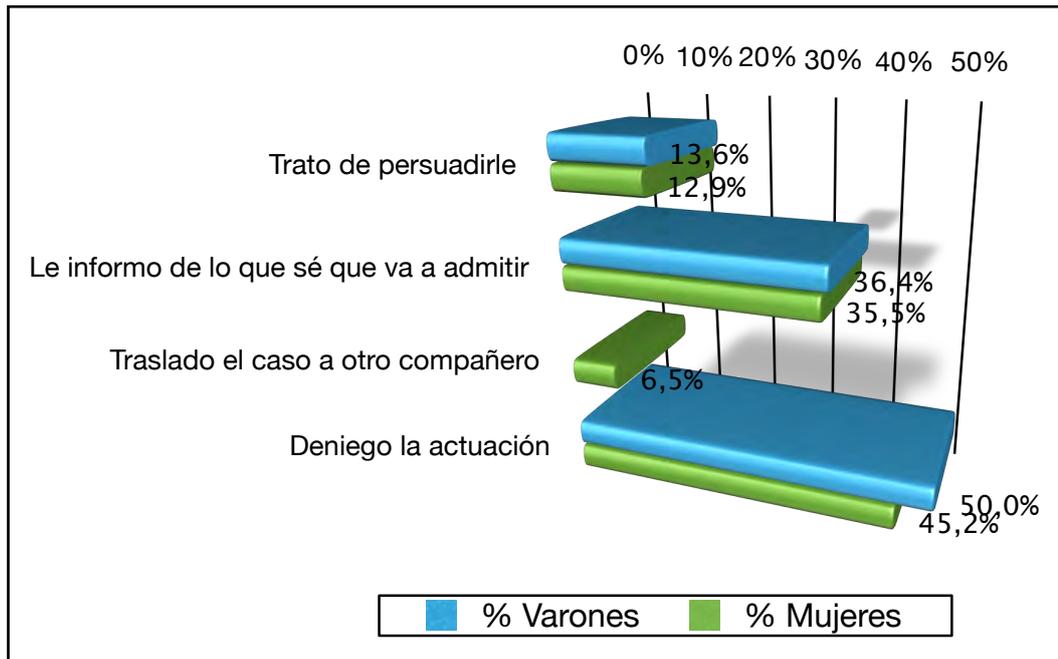
Las proporciones obtenidas son significativas y, por tanto, no se deben al azar (p-valor (0,000)).

Gráfica 82

Los hombres prefieren suspender la intervención en un porcentaje superior a las mujeres (tabla 85), (gráfica 83).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Trato de persuadirle	7	3	13,6%	4	12,9%
Le informo de lo que sé que va a admitir	19	8	36,4%	11	35,5%
Traslado el caso a otro compañero	2	0	0,0%	2	6,5%
Deniego la actuación	25	11	50,0%	14	45,2%

Tabla 85

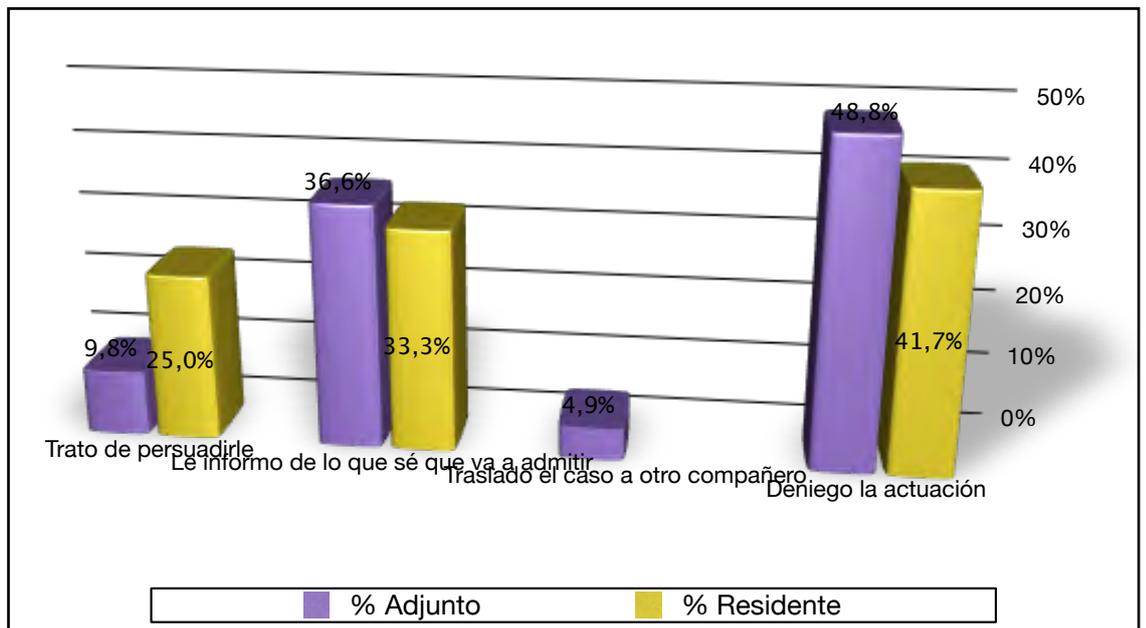


Gráfica 83

Los adjuntos también deniegan la actuación en un porcentaje superior a los residentes (tabla 86), (gráfica 84).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Trato de persuadirle	7	4	9,8%	3	25%
Le informo de lo que sé que va a admitir	19	15	36,6%	4	33,3%
Traslado el caso a otro compañero	2	2	4,9%	0	0%
Deniego la actuación	25	20	48,8%	5	41,7%

Tabla 86



Gráfica 84

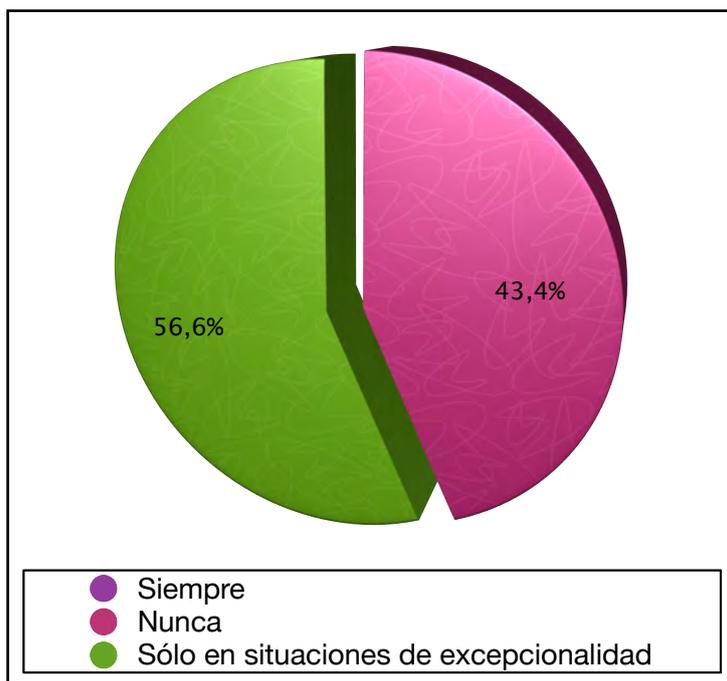
### 1.6.12. Privilegio terapéutico

Como expresamos anteriormente, el privilegio terapéutico es aquella situación en la que “*el médico puede legítimamente ocultar información si considera razonable que lo contrario podría resultar potencialmente perjudicial para un paciente deprimido, emocionalmente abrumado o inestable. Entre lo posibles perjuicios se incluyen poner en peligro la vida del paciente, precipitar decisiones irracionales y crear ansiedad o estrés*”<sup>416</sup> Queremos saber si nuestros anestesiólogos lo utilizan o no. “V.12.- *¿Utiliza el llamado “privilegio terapéutico”? (No recabar el C.I. si cree que va a causar un trastorno emocional al paciente que le impida estar en situación de decidir)*”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Siempre	0	0%
Nunca	23	43,4%
Sólo en situaciones de excepcionalidad	30	56,6%

*Tabla 87*

El 56,6% (30) sólo lo hace en situaciones de excepcionalidad. Mientras que el 43,4% (23) refieren no haberlo usado nunca (tabla 87), (gráfica 85).



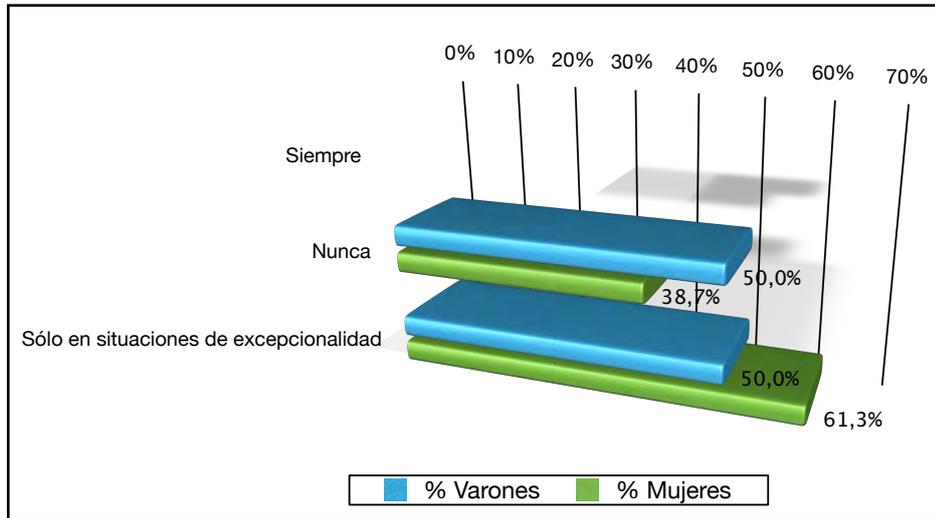
*Gráfica 85*

El 61,3% (19) de las mujeres sólo lo emplea en situaciones de excepcionalidad frente al 50% de los varones, mientras que el 50% de los varones restantes no lo utilizan nunca (tabla 88), (gráfica 86).

416 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., Principios de Ética Biomédica, pág. 143.

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Siempre	0	0	0%	0	0%
Nunca	23	11	50%	12	38,7%
Sólo en situaciones de excepcionalidad	30	11	50%	19	61,3%

Tabla 88

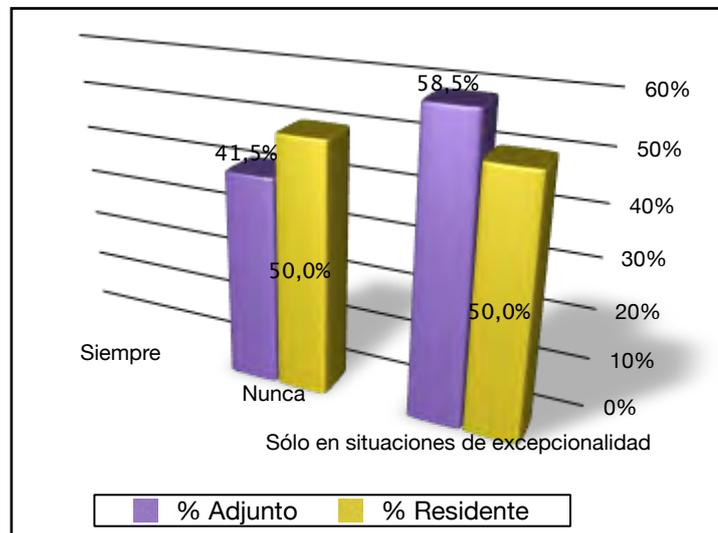


Gráfica 86

Los adjuntos prefieren emplear el privilegio terapéutico sólo en situaciones excepcionales en porcentaje superior a los residentes (tabla 89), (gráfica 87).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Siempre	0	0	0%	0	0%
Nunca	23	17	41,5%	6	50%
Sólo en situaciones de excepcionalidad	30	24	58,5%	6	50%

Tabla 89



Gráfica 87

### **1.6.13. Discusión**

El abordaje del proceso de C.I., en la práctica clínica diaria, pasa por la atención a algunos elementos fundamentales de los que hablábamos en la primera parte de esta Memoria: información, comprensión y elección.

No hemos entrado en la capacidad (de hecho y de derecho) del paciente porque, habitualmente cuando este llega a la consulta preanestésica, este extremo ya ha sido, o debiera haber sido, dilucidado.

Hemos atendido a la información que se proporciona al paciente en cantidad, calidad y forma, el esfuerzo para que comprenda los riesgos que corre al ser anestesiado y el respeto a la libertad del paciente al dársele la oportunidad de elegir la técnica, cuando esto es técnicamente posible, con la que quiere ser anestesiado. Y eso es lo que hemos tratado de averiguar en este bloque. Pero dada la heterogénea composición actual de nuestra sociedad hemos inquirido sobre la forma de actuación cuando intervienen elementos de distorsión tales como las barreras idiomáticas, religiosas o culturales.

A tenor de las respuestas obtenidas, y que terminamos de analizar, estamos en condiciones de afirmar que la atención que se presta a los elementos integradores fundamentales en el abordaje y realización del proceso de C.I. en este Complejo y por este Servicio, puede y debe considerarse, en general, situada en la línea de la moderna ética médica. Indudablemente que es mejorable y suponemos, al observar el estudio de las variables, en particular la que compara residentes con adjuntos, que a medida que se incorporen nuevos miembros al servicio así irá sucediendo.

Apoyamos esta aseveración en el uso que se hace del protocolo y como se aborda su explicación, normal, ampliada, de técnicas y riesgos, posicionamiento ante las barreras mencionadas y la utilización del privilegio terapéutico como lo que es: una excepción. Y todo ello con un tiempo disponible normalmente escaso.

## 1.7. Protocolo de Consentimiento Informado de Anestesiología

Este bloque de preguntas tratará de dar respuesta a los problemas más habituales que se le plantean al anestesiólogo a la hora de aplicar el Consentimiento Informado en su práctica clínica diaria.

### 1.7.1. Conformidad con el Consentimiento Informado

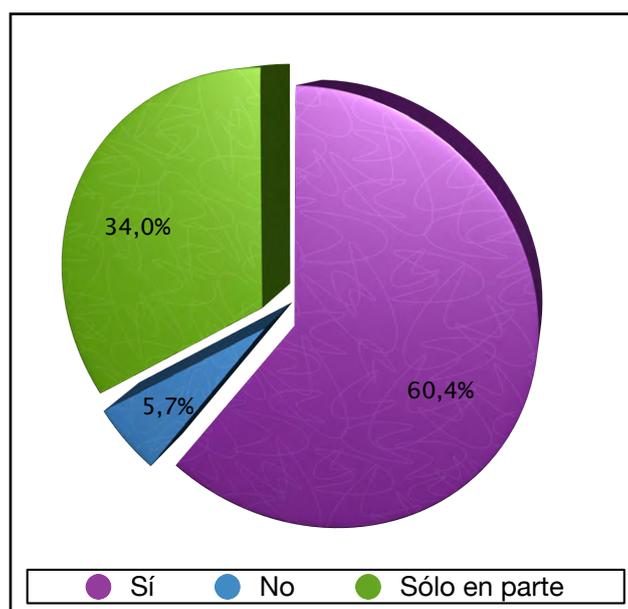
Empezamos por conocer la conformidad o disconformidad del anestesiólogo con el documento de C.I. que habitualmente maneja. “VI.1.- ¿Está de acuerdo con el actual documento de C.I. de Anestesiología utilizado en este Complejo Hospitalario?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	32	60%
No	3	6%
Sólo en parte	18	34%

*Tabla 90*

El 60% (32) lo respaldan, el 6% (3) no están conformes y sólo el 34% (18) lo apoyan en parte, tal como se refleja en la tabla 90 y en la gráfica 88.

Las respuestas obtenidas son estadísticamente significativas al 95%, por lo que pueden ser consideradas concluyentes (p-valor 0,000).

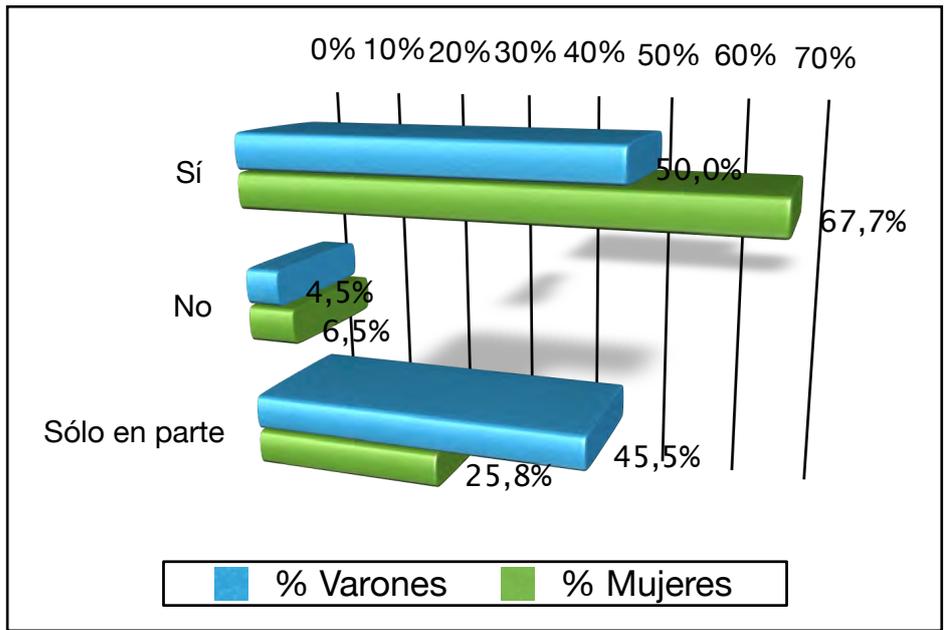


*Gráfica 88*

Son mayoría las mujeres que están conformes con el documento que utilizan, el 67,7% (21) frente al 50% (11) de los hombres (tabla 91), (gráfica 86).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	32	11	50%	21	67,7%
No	3	1	4,5%	2	6,5%
Sólo en parte	18	10	45,5%	8	25,8%

*Tabla 91*

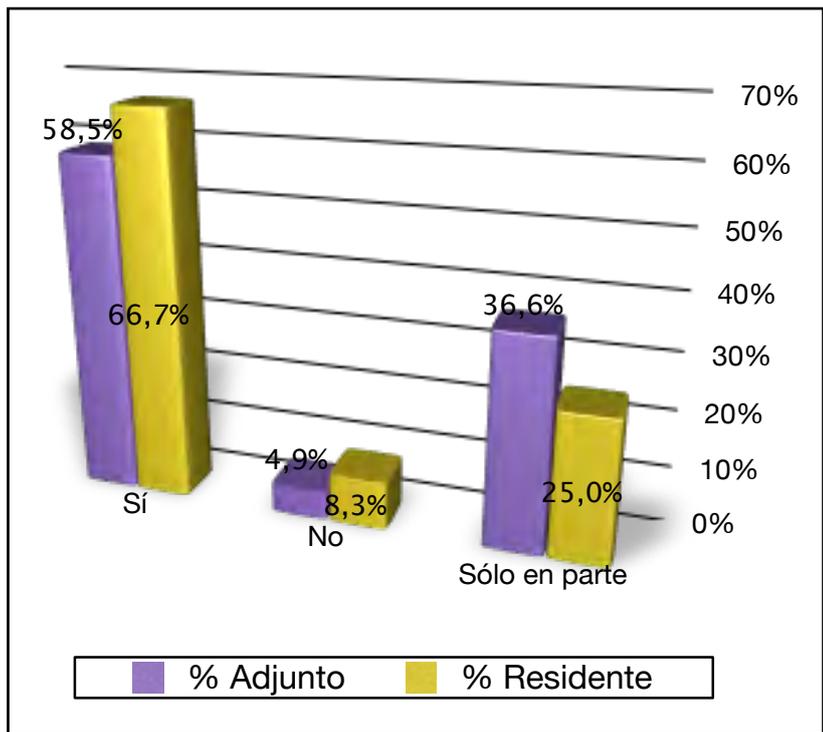


Gráfica 89

Hay más residentes que adjuntos conformes con el documento empleado (tabla 92), (gráfica 90).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Sí	32	24	58,5%	8	66,7%
No	3	2	4,9%	1	8,3%
Sólo en parte	18	15	36,6%	3	25%

Tabla 92



Gráfica 90

### 1.7.2. Desconocimiento de la intervención

En el día a día pueden darse situaciones peculiares, como el caso de que el paciente no haya sido informado de la intervención que se le va a practicar y sus riesgos. ¿Es posible que desconozca esta intervención cuando el Anestesiólogo le ve en consulta? Esto les preguntamos: “VI.2.- ¿En alguna ocasión le ha ocurrido que el paciente al que está informando desconozca el tipo de intervención que le van a realizar y los riesgos derivados de la misma?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
En numerosas ocasiones	39	73,6%
Sólo alguna vez	12	22,6%
Nunca	2	3,8%

Tabla 93

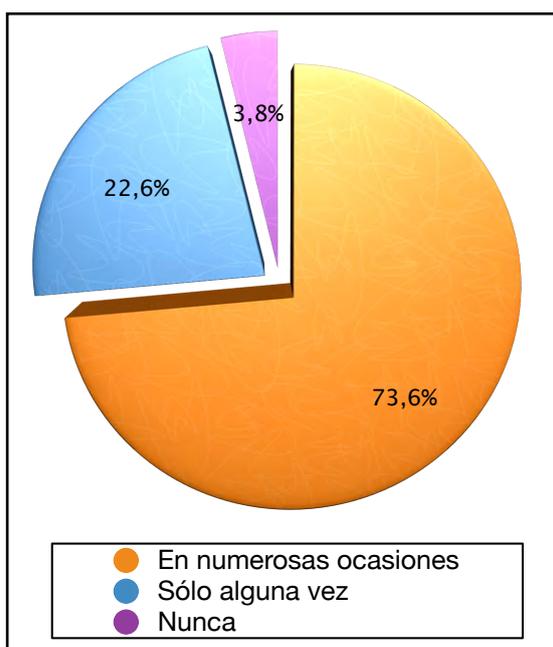


Gráfico 91

El 73,6% (39) dice que le ocurre en numerosas ocasiones, el 22,6% (12) que a veces y sólo el 3,8% (2) que nunca (tabla 93), (gráfica 91).

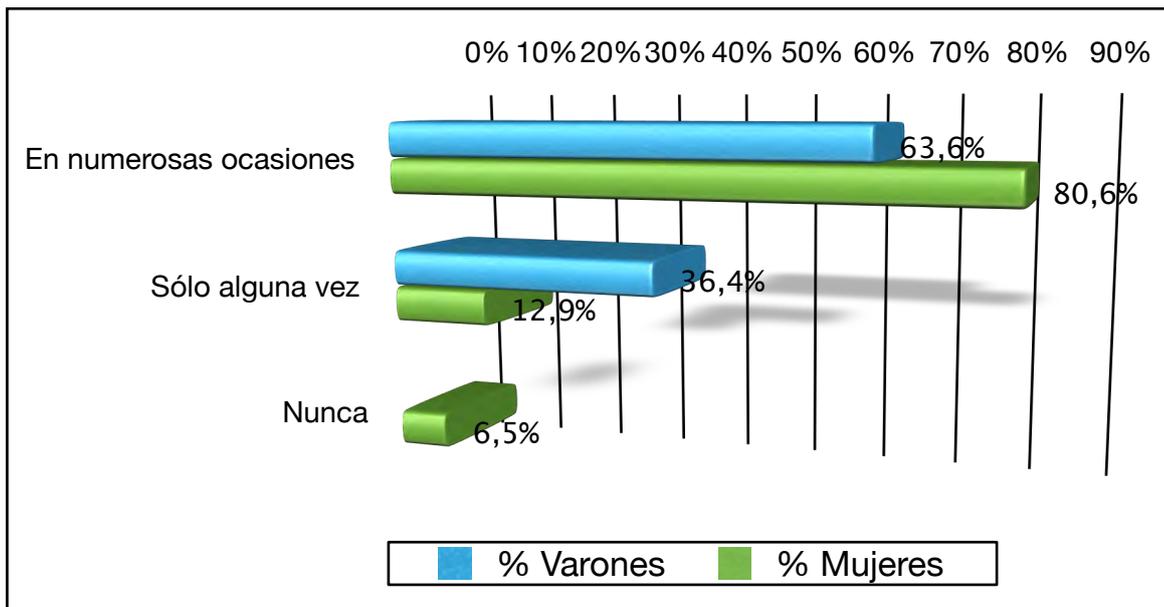
Las proporciones son significativas desde un punto de vista estadístico, es decir, que no se deben al azar y, por tanto, pueden considerarse concluyentes (p-valor 0,000).

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo de los encuestados (tabla 171 del anexo 1).

Son mayoría las mujeres que refieren numerosas ocasiones (tabla 94), (gráfica 92).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
En numerosas ocasiones	39	14	63,6%	25	80,6%
Sólo alguna vez	12	8	36,4%	4	12,9%
Nunca	2	0	0%	2	6,5%

Tabla 94

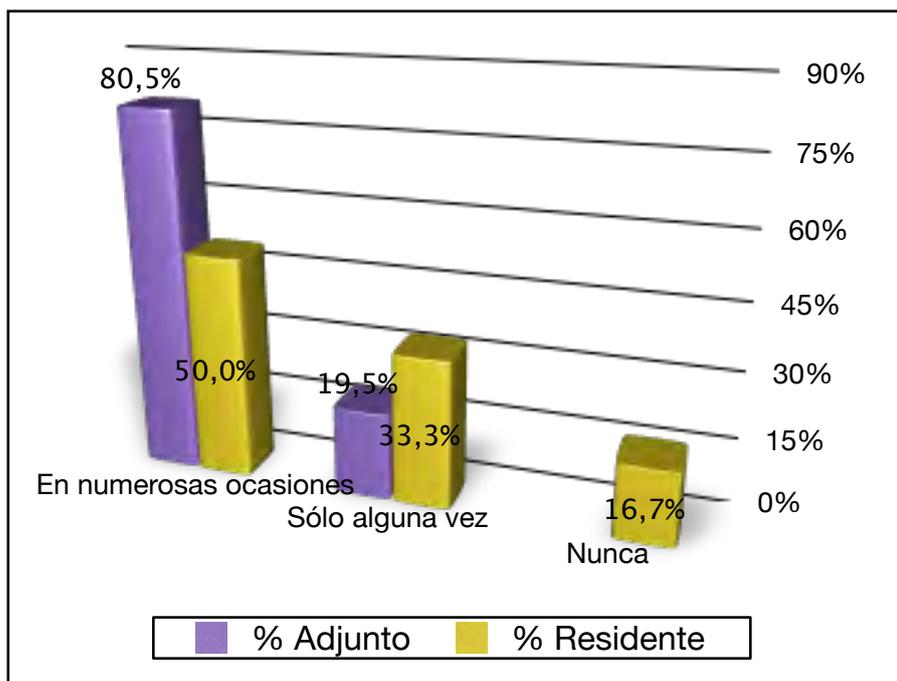


Gráfica 92

Y más los adjuntos que los residentes (tabla 95), (gráfica 93).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
En numerosas ocasiones	39	33	80,5%	6	50%
Sólo alguna vez	12	8	19,5%	4	33,3%
Nunca	2	0	0%	2	16,7%

Tabla 95



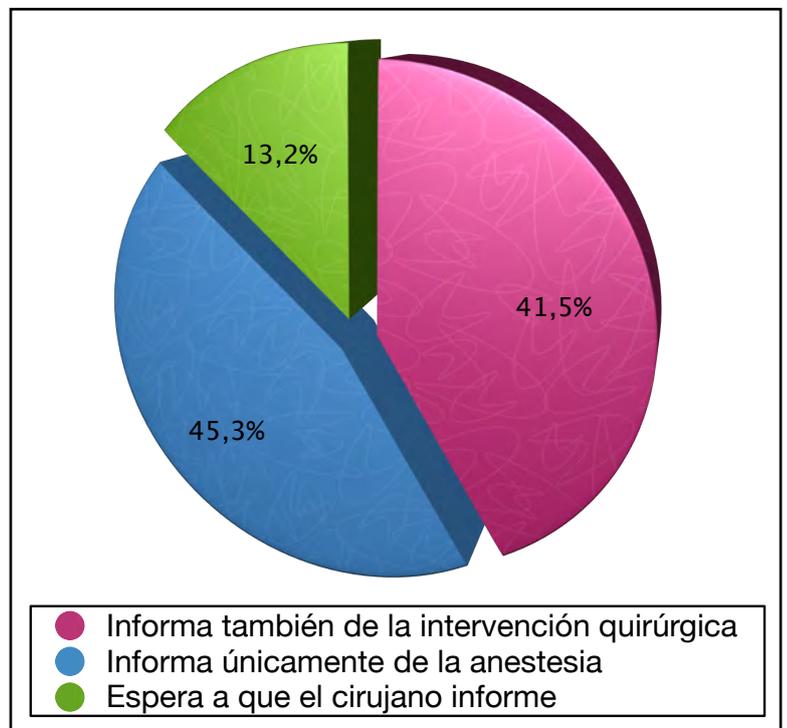
Gráfica 93

A los que respondieron positivamente, les preguntamos qué actitud tomaban a continuación  
 “VI.3.- En el caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿que hace?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Informa también de la intervención quirúrgica	22	41,5%
Informa únicamente de anestesia	24	45,3%
Espera a que el cirujano informe	7	13,2%

*Tabla 96*

Nos encontramos con la sorpresa de que la pregunta no fue bien entendida, pues contestan los 53 anesthesiólogos en vez de hacerlo sólo los 51 que habían respondido positivamente a la anterior, como se requería. De cualquier manera el 45,3% (24) únicamente informa de la anestesia, un 41,5% (22) también lo hace de la intervención quirúrgica y un 13,2% (7) espera a que el cirujano informe (tabla 96), (gráfica 94).

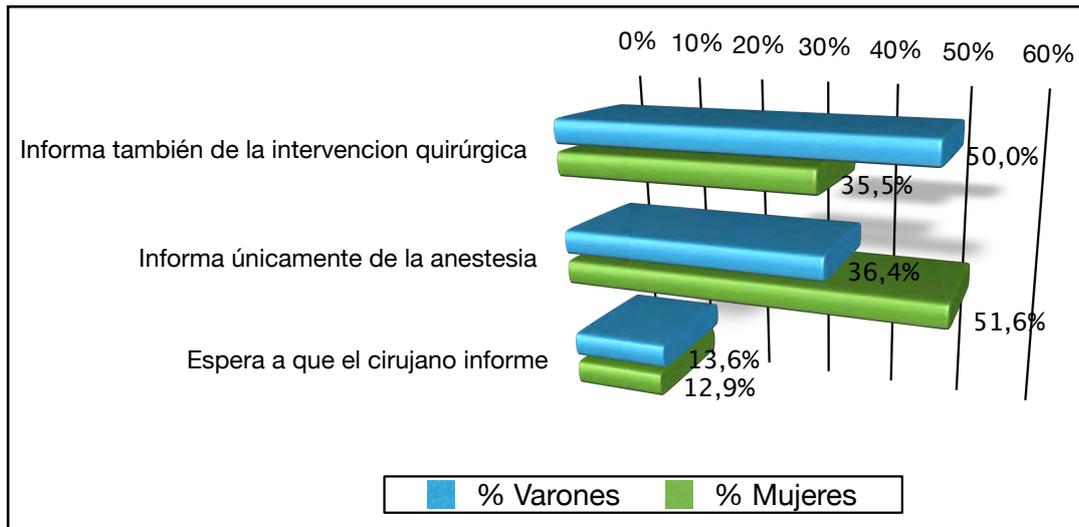


*Gráfica 94*

La mayor parte de los varones informa también de la intervención. En cambio, son más las mujeres que lo hacen sólo de la anestesia (tabla 97), (gráfica 92).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Informa también de la intervención quirúrgica	22	11	50%	11	35,5%
Informa únicamente de anestesia	24	8	36,4%	16	51,6%
Espera a que el cirujano informe	7	3	13,6%	4	12,9%

*Tabla 97*

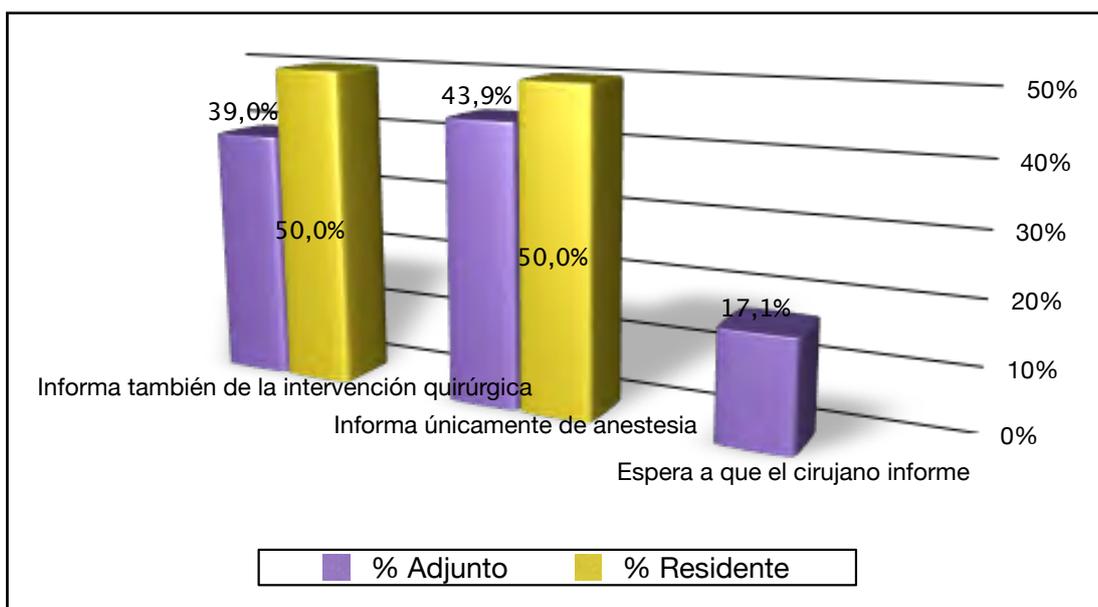


Gráfica 95

Los residentes se centran en las dos primeras cuestiones, por encima de los adjuntos, y no esperan a que el cirujano lo haga (tabla 98), (gráfica 96).

Opciones	Respuestas	Adjunto	% Adjunto	Residente	% Residente
Informa también de la intervención quirúrgica	22	16	39,0%	6	50%
Informa únicamente de anestesia	24	18	43,9%	6	50%
Espera a que el cirujano informe	7	7	17,1%	0	0%

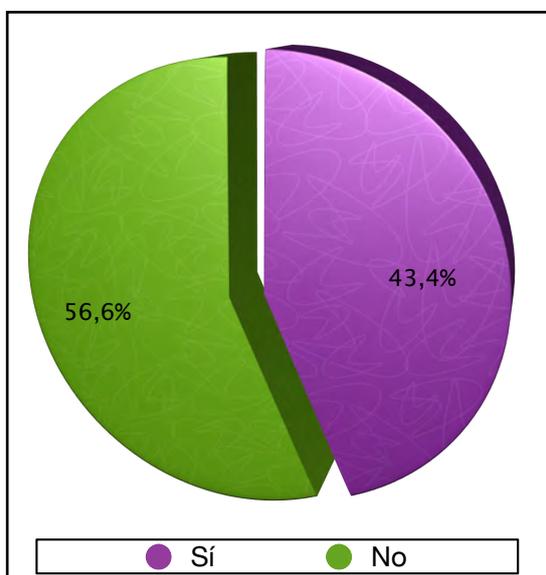
Tabla 98



Gráfica 96

### 1.7.3. Consentimiento único Anestesia y Cirugía

En algunos Hospitales se maneja de forma común un documento compartido de Consentimiento Informado para Anestesia y Cirugía. Les preguntamos si consideran que les aportaría ventajas. “VI.4.- ¿Tendría alguna ventaja un único C.I. de Anestesia y Cirugía?”



Gráfica 97

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	23	43,4%
No	30	56,6%

Tabla 99

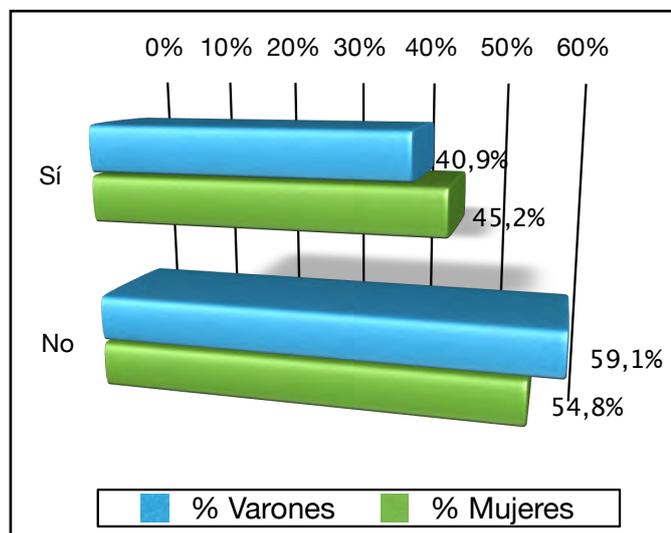
El 56,6% (30) no lo cree. Sólo el 43,4% (23) considera que sí (tabla 99), (gráfica 97).

En esta pregunta, al realizar el contraste de hipótesis, las respuestas obtenidas no son significativas desde el punto de vista estadístico, por lo que no se pueden considerar concluyentes (p-valor 0,410).

Aunque los porcentajes de la distribución por sexos son bastante similares, son más los hombres que las mujeres que opinan que el consentimiento compartido no aportaría ninguna ventaja (tabla 100), (gráfica 98).

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	23	9	40,9%	14	45,2%
No	30	13	59,1%	17	54,8%

Tabla 100

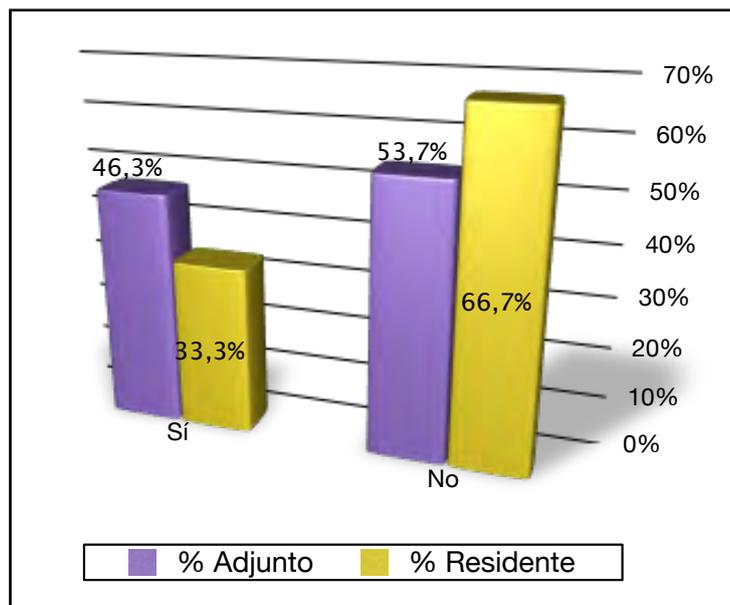


Gráfica 98

También son más los residentes que los adjuntos quienes no ven ventajas en el documento compartido (tabla 101), (gráfica 99).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
Sí	23	19	46,3%	4	33,3%
No	30	22	53,7%	8	66,7%

Tabla 101



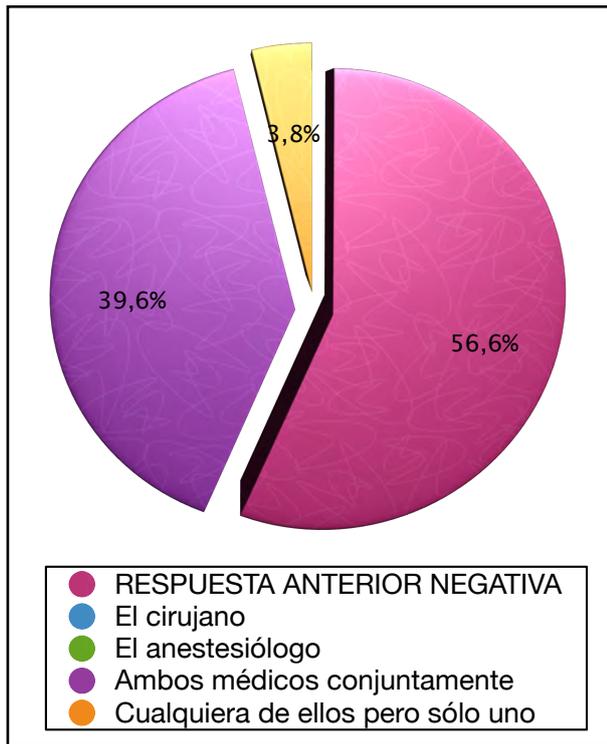
Gráfica 99

A continuación les preguntamos: “VI.5.- En el caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿quien cree que debería explicar al paciente el C.I.?”

Prácticamente la totalidad de los anestesiólogos que contestaron afirmativamente a la pregunta anterior opinan que ambos médicos, mientras que el resto cree que cualquiera de ellos pero sólo uno para evitar confusiones (tabla 102), (gráfica 100).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
RESPUESTA ANTERIOR NEGATIVA	30	56,6%
El cirujano	0	0%
El anestesiólogo	0	0%
Ambos médicos conjuntamente	21	39,6%
Cualquiera de ellos pero sólo uno	2	3,8%

Tabla 102

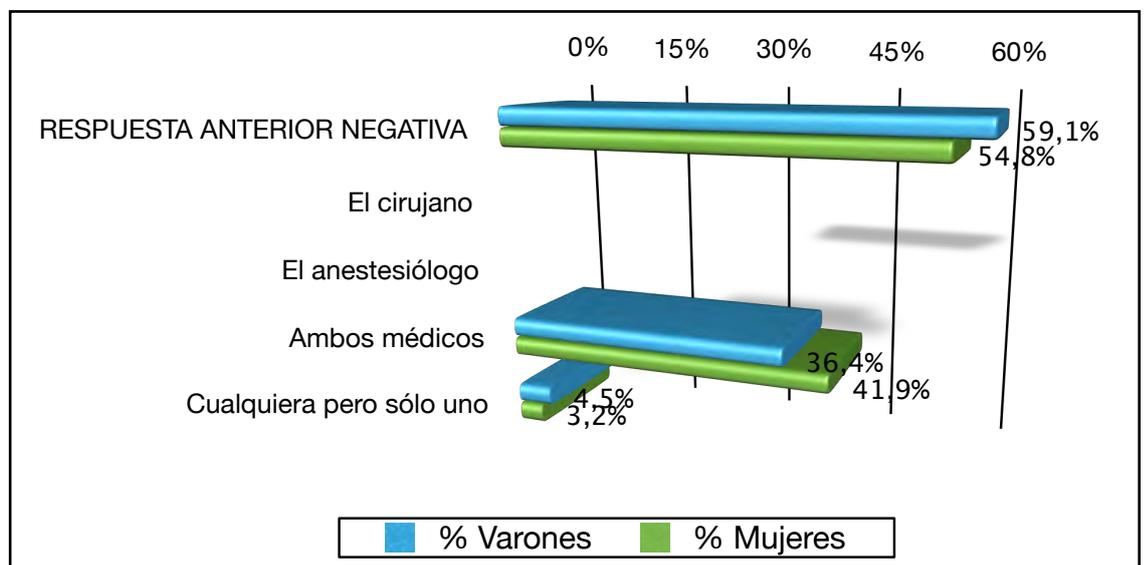


Gráfica 100

Son más las mujeres que creen que deben ser ambos médicos quienes informen (tabla 103), (gráfica 101).

Opciones	Respuestas	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
RESPUESTA ANTERIOR NEGATIVA	30	13	59,1%	17	54,8%
El cirujano	0	0	0,0%	0	0,0%
El anesestesiólogo	0	0	0,0%	0	0,0%
Ambos médicos conjuntamente	21	8	36,4%	13	41,9%
Cualquiera de ellos pero sólo uno	2	1	4,5%	1	3,2%

Tabla 103

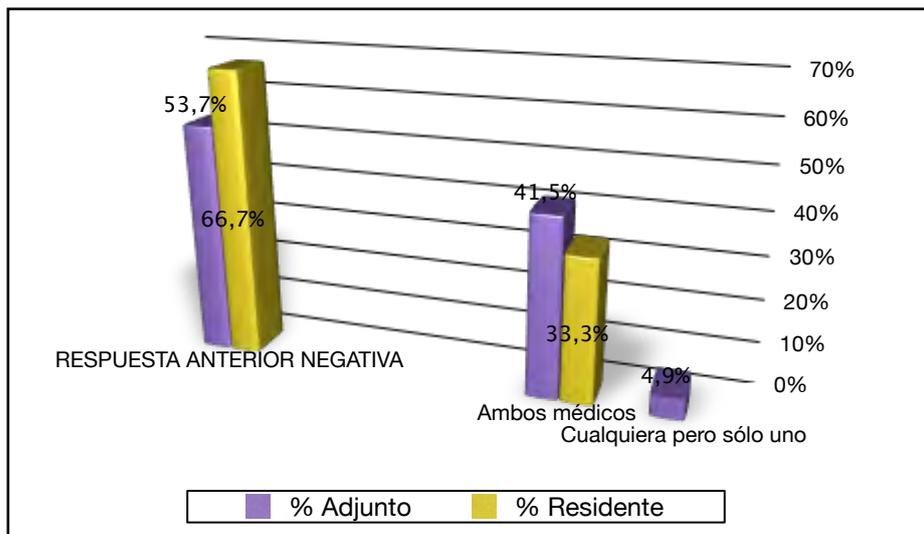


Gráfica 101

Y más adjuntos que residentes como vemos en la tabla 104 y gráfica 102.

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Adjunto</i>	<i>% Adjunto</i>	<i>Residente</i>	<i>% Residente</i>
RESPUESTA ANTERIOR NEGATIVA	30	22	53,7%	8	66,7%
El cirujano	0	0	0,0%	0	0,0%
El anesestesiólogo	0	0	0,0%	0	0,0%
Ambos médicos conjuntamente	21	17	41,5%	4	33,3%
Cualquiera de ellos pero sólo uno	2	2	4,9%	0	0,0%

Tabla 104



Gráfica 102

#### 1.7.4. Discusión

En esta parte final de nuestro interrogatorio abordamos dos cuestiones de práctica diaria y con las que ponemos fin a nuestro trabajo con los compañeros:

Por un lado, algo tan importante como es saber cómo se siente el anesestesiólogo con el protocolo de C.I. que está utilizando cada día en la consulta preanestésica. Malamente se pueden hacer bien las cosas si ya partimos de la utilización de un protocolo con el que no se está conforme. Afortunadamente, según las respuestas obtenidas, en general, no es así.

Por el otro, un problema de falta de información, en cuanto a la cirugía que se le va a practicar al paciente, que se plantea con demasiada frecuencia y que viene a poner de manifiesto una cierta descoordinación entre servicios y al que en otros hospitales han tratado de dar solución con protocolos conjuntos. Las respuestas son suficientemente clarificadoras y la actitud inadecuada, a nuestro entender, de proporcionar información fuera de la competencia de cada cual no es la solución.

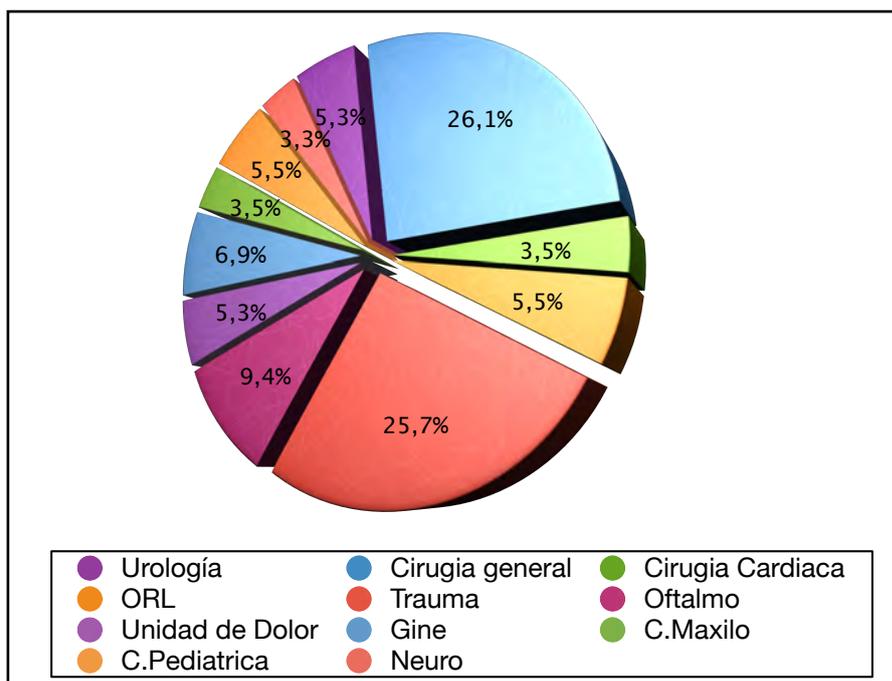
## 2. CUESTIONARIO PARA PACIENTES

### 2.1. Respuestas

Los datos correspondientes a la muestra, en función del número de pacientes de cada especialidad, son los que se indican en la tabla 105 y gráfica 103.

<i>Especialidad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población</i>
Urología	27 (5.29%)	1070 (5.60%)
Cirugía General	133 (26.08%)	5168 (27.06%)
Cirugía Cardíaca	18 (3.53%)	367 (1.92%)
ORL	28 (5.49%)	1158 (6.06%)
Traumatología	131 (25.69%)	4025 (21.08%)
Oftalmología	48 (9.41%)	2832 (14.83%)
Unidad de Dolor	27 (5.29%)	880 (4.61%)
Ginecología	35 (6.86%)	1263 (6.61%)
C.Maxilofacial	18 (3.53%)	780 (4.08%)
C.Pediatría	28 (5.49%)	819 (4.29%)
Neurocirugía	17 (3.33%)	733 (3.84%)
<i>TOTALES</i>	510 (100%)	19.095 (100%)

*Tabla 105*



*Gráfica 103*

### **2.1.1. Discusión**

Como ya hemos dicho anteriormente, los datos de la población de los pacientes corresponden a la actividad quirúrgica llevada a cabo durante el año 2010 en el Complejo Hospitalario. Si bien es cierto, que si comparamos ésta, por especialidades, con la de años anteriores, hay una cierta homogeneidad en las cifras, no es menos cierto que se producen variaciones de unos años a otros. Pero hay que tener en cuenta, además, que hay épocas en las que la carga quirúrgica en una determinada especialidad es mayor que en otras. Queremos decir con esto que las cifras de la población no pueden tomarse con exactitud absoluta a la hora de trasladarlas a la muestra. No obstante, y a pesar de lo dicho, entendemos que hemos llevado la muestra a un alto grado de similitud con la población como queda demostrado en el anterior cuadro comparativo.

## 2.2. Demografía

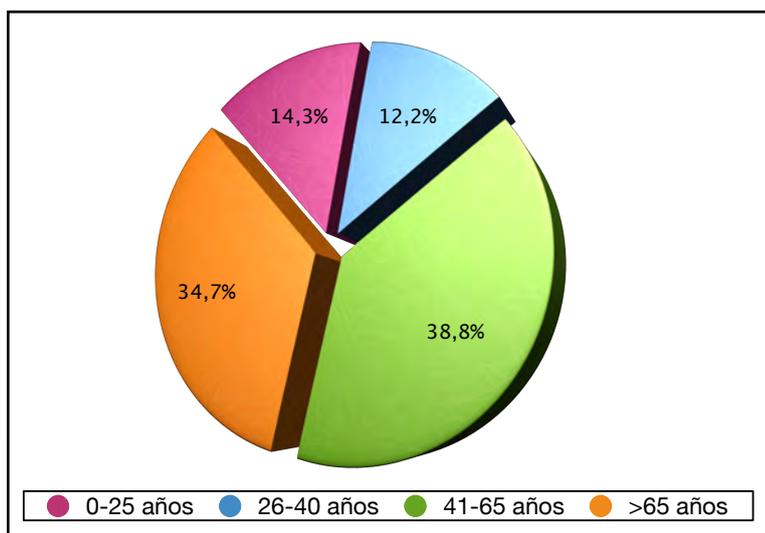
Cuando hablábamos del desarrollo y los fundamentos del C.I. ya decíamos que el comportamiento del paciente dependía de la edad, de la formación, etc., por ello nosotros, en este estudio sobre pacientes, analizamos una serie de variables que a priori consideramos importantes. Atendemos, por ello, a la distribución por grupos de edad, sexo y nivel de formación. Todas ellas serán analizadas desde el punto de vista descriptivo y del análisis estadístico con el deseo de averiguar si realmente influyen en el comportamiento del paciente en el proceso del C.I.

### 2.2.1. Edad

Para el análisis de esta variable estratificamos la muestra en cuatro grupos de edad: de 0 a 25 años, de 26 a 40, de 41 a 65 y mayores de 65. El resultado es el reflejado en la tabla 106 y gráfica 104.

<i>Grupos de Edad</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
0-25 años	73	14,31%
26-40 años	62	12,16%
41-65 años	198	38,82%
>65 años	177	34,71%

*Tabla 106*



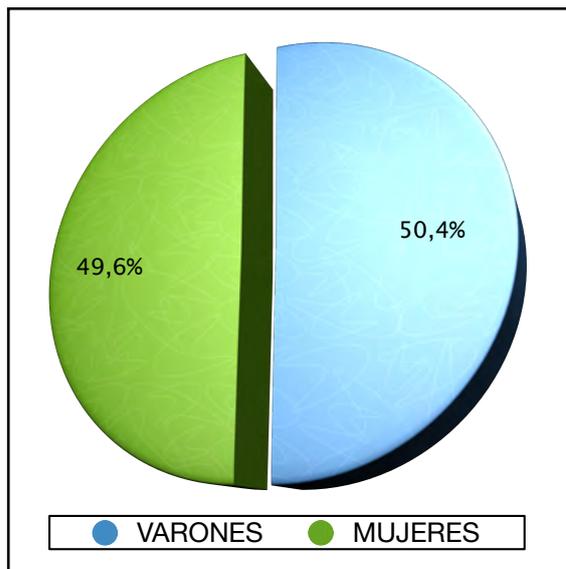
*Gráfica 104*

### 2.2.2. Distribución por sexo

De las 510 encuestas a pacientes, el 50,4% fueron hombres y el 49,6% mujeres (tabla 107), (gráfica 105).

<i>Sexo</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
VARONES	257	50,4%
MUJERES	253	49,6%

*Tabla 107*



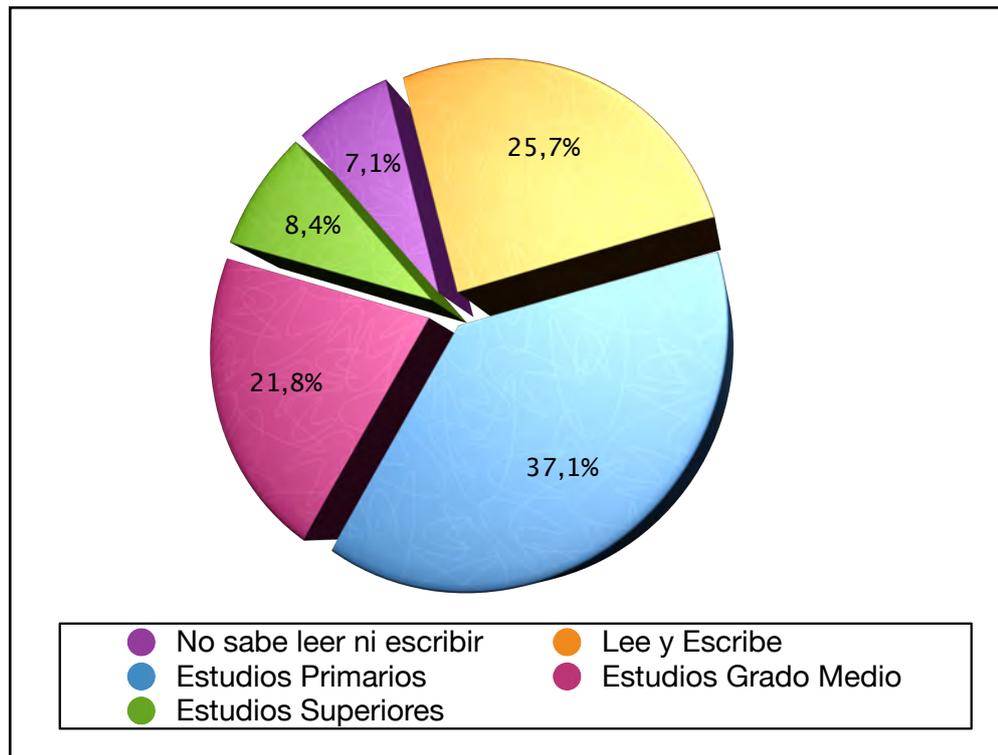
*Gráfica 105*

### 2.2.3. Distribución por formación

Para estudiar el nivel formativo de los pacientes se estratifica en los cinco niveles que vemos, con lo correspondientes resultados, a continuación. Hallamos que hay un 7.1% de analfabetos, el 25.7% sabe leer y escribir, el 37.1% tienen Estudios Primarios, el 21.8% de Grado Medio y el 8.4% poseen Estudios Superiores. No podemos entrar en un exhaustivo análisis sociológico, pero baste decir que los resultados obtenidos son similares a los del Censo Poblacional de la provincia de Toledo salvo en el nivel de alfabetización que está ligeramente distorsionado al alza (tabla 108), (gráfica 106).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
No sabe leer ni escribir	36	7,1%
Lee y Escribe	131	25,7%
Estudios Primarios	189	37,1%
Estudios Grado Medio	111	21,8%
Estudios Superiores	43	8,4%

*Tabla 108*



*Gráfica 106*

#### **2.2.4. Discusión**

Al afrontar las variables que consideramos importantes para el estudio nos encontramos con una estratificación en la edad que no hemos podido comparar con datos relativos a la totalidad de la población, cosa que es imposible a priori, pues desconocemos las características que van a tener los pacientes que se operen a lo largo de 2011 y hacer una comparación retrospectiva no nos parece adecuado. En cuanto al sexo hallamos que es casi paritario. La formación ya la hemos comentado y la consideramos, desde el punto de vista descriptivo, adecuada y representativa.

## 2.3. Actitud ante el Consentimiento Informado

En primer lugar, abordaremos una serie de cuestiones que describan cuál es la actitud del paciente ante el Consentimiento Informado en la consulta preanestésica. La primera pregunta también nos informa, indirectamente, de la actuación del anestesiólogo.

### 2.3.1. Opción de ser informado

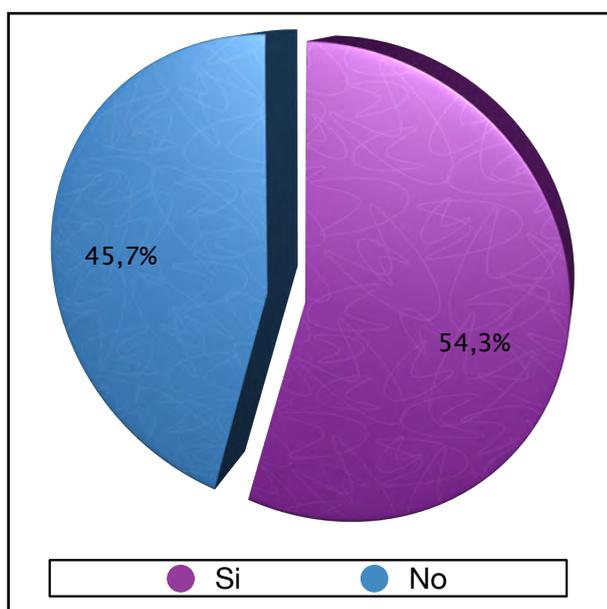
“II.1.- Antes de ser informado ¿le preguntaron si quería recibir información sobre la anestesia?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	277	54,3%
No	233	45,7%

Tabla 109

El 54,3% (277) respondió afirmativamente, frente al 45,7% (233) que lo negaron (tabla 109), (gráfica 107).

Desde el punto de vista descriptivo hay una cierta diferencia, pero desde el estadístico las respuestas obtenidas no son significativas, no se pueden generalizar los resultados al resto de la población. (p-valor 0,057) También podemos decir que existe una relación de dependencia entre la respuesta y la Especialidad responsable de la Intervención Quirúrgica (tabla 4 del anexo 2). Esto significa que a la mayoría de los pacientes no les preguntaron si querían recibir información sobre la anestesia cuando la especialidad era Cirugía Cardíaca y Traumatología. Sin embargo, la mayoría de los pacientes fue preguntado por esta cuestión cuando se trataba de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Unidad de Dolor y Urología (tabla 110).



Gráfica 107

Especialidad	Sí	No
Urología	70%	30%
Cirugía General	68%	32%
Cirugía Cardíaca	22%	78%
ORL	64%	36%

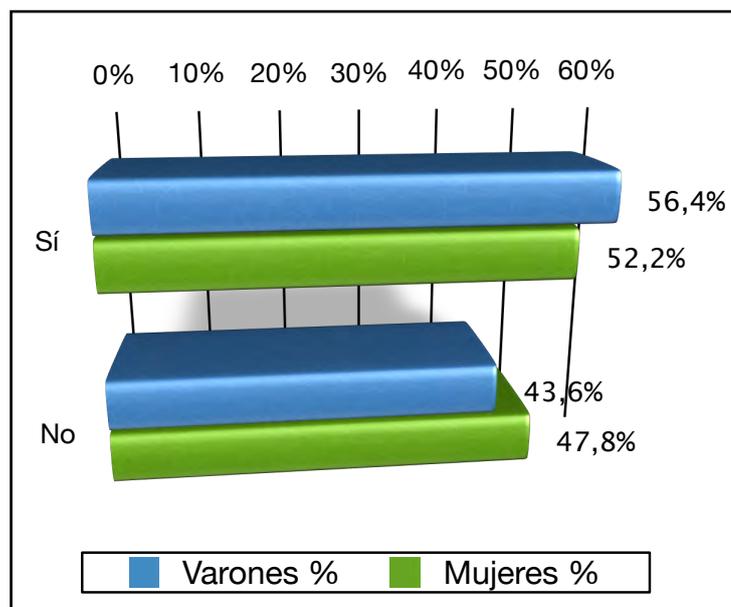
<i>Especialidad</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Traumatología	36%	64%
Oftalmología	60%	40%
Unidad de Dolor	63%	37%
Ginecología	51%	49%
C.Maxilofacial	61%	39%
C.Pediátrica	46%	54%
Neurocirugía	65%	35%

*Tabla 110*

Al realizar la distribución por sexos, las respuestas se aproximan bastante siendo ligeramente superior la afirmación en los varones (tabla 111), (gráfica 108).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	145	56,4%	132	52,2%
No	112	43,6%	121	47,8%

*Tabla 111*

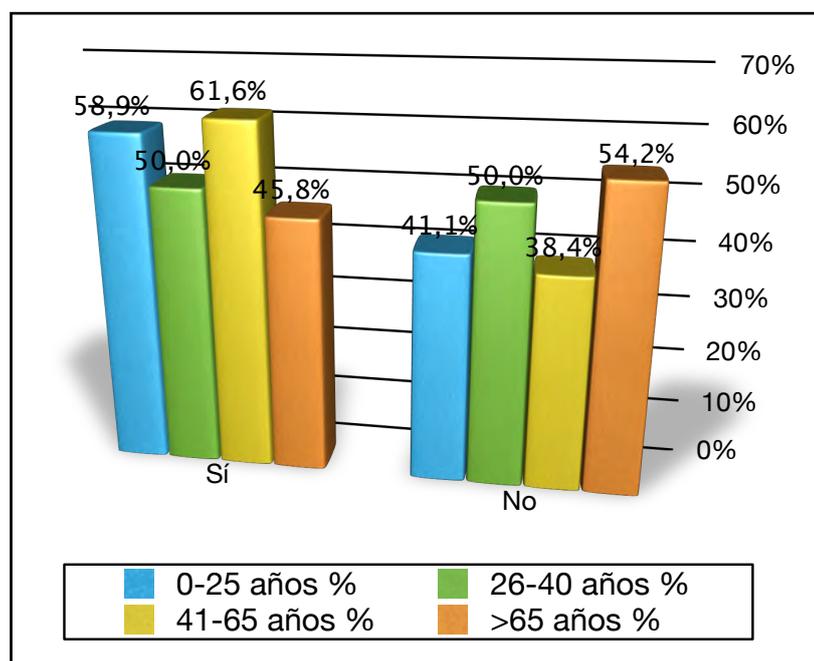


*Gráfica 108*

Si observamos los grupos de edad, vemos como la mayoría de las afirmaciones a la pregunta se da en el grupo de 41-65 años. Son los mayores de 65 años los que más respuestas negativas dieron (tabla 112), (gráfica 109).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	43	58,9%	31	50%	122	61,6%	81	45,8%
No	30	41,1%	31	50%	76	38,4%	96	54,2%

Tabla 112

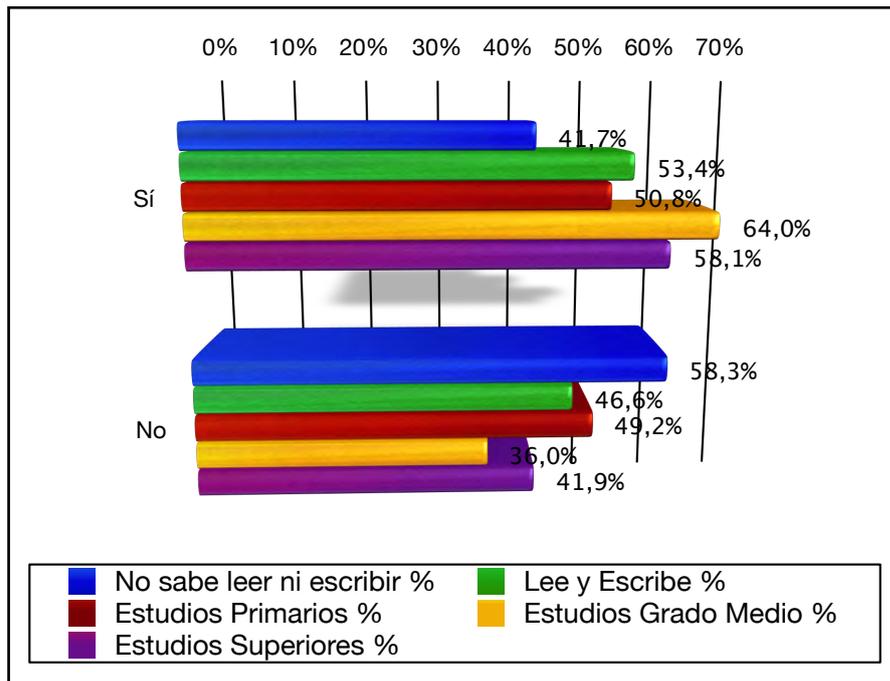


Gráfica 109

En cuanto a los grados de formación, los pacientes con estudios de grado medio son los que más han respondido sí y los que mas respuestas negativas han dado han sido los que no saben leer ni escribir (tabla 113), (gráfica 110).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	15	41,7%	70	53,4%	96	50,8%	71	64,0%	25	58,1%
No	21	58,3%	61	46,6%	93	49,2%	40	36,0%	18	41,9%

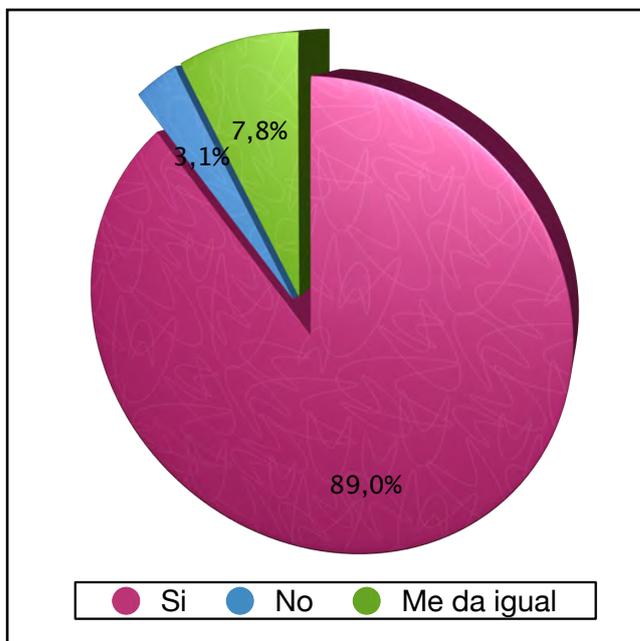
Tabla 113



Gráfica 110

### 2.3.2. Necesidad de la información

“II.2.- ¿Considera necesario que se le informe de los riesgos de la anestesia que se le va a practicar?”



Gráfica 111

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Si	454	89%
No	16	3,1%
Me da igual	40	7,8%

Tabla 114

El 89% (454) creen que sí, al 7,8% (40) les da igual y sólo el 3,1% (16) no lo creen necesario (tabla 114), (gráfica 111).

Descriptivamente las respuestas no dejan lugar a dudas y al realizar los contrastes de hipótesis podemos afirmar, al 95%, que estos resultados son estadísticamente significativos lo que

implica que se pueden extender a la población de análisis (p-valor 0,000). Cuando analizamos los contrastes de independencia de esta cuestión, observamos que existe una relación de dependencia entre la respuesta a esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 8 del anexo 2). Esto significa que prácticamente todos los pacientes que van a ser intervenidos de Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología o Urología prefieren que les informen de los riesgos que tiene la anestesia que se les va a practicar (tabla 115).

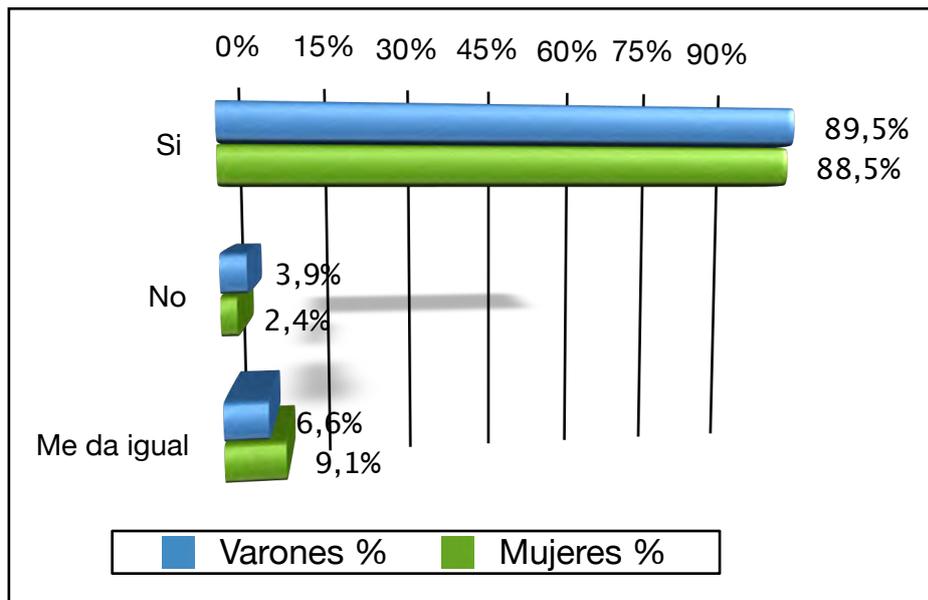
<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Me da igual</i>
Urología	85%	0%	15%
Cirugía General	89%	4%	7%
Cirugía Cardíaca	50%	17%	33%
ORL	93%	3,5%	3,5%
Traumatología	92%	3%	5%
Oftalmología	94%	2%	4%
Unidad de Dolor	100%	0%	0%
Ginecología	77%	3%	20%
C.Maxilofacial	94%	0%	6%
C.Pediátrica	93%	3,5%	3,5%
Neurocirugía	82%	0%	18%

*Tabla 115*

La respuesta positiva está bastante igualada entre hombres y mujeres (tabla 116), (gráfica 112).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Si	230	89,5%	224	88,5%
No	10	3,9%	6	2,4%
Me da igual	17	6,6%	23	9,1%

*Tabla 116*

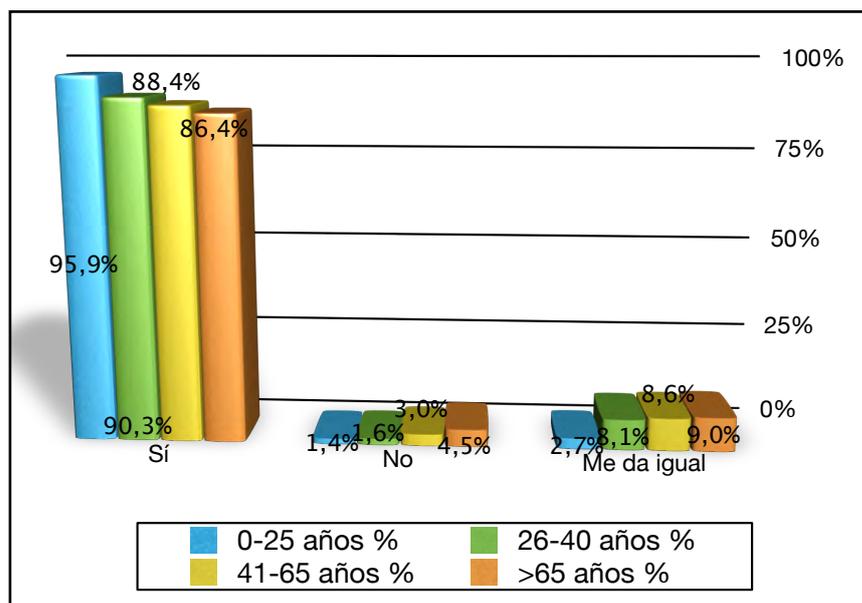


Gráfica 112

La mayoría de los menores de 25 años respondieron afirmativamente a la pregunta, el resto de los grupos se aproximó bastante a esta respuesta positiva en sus porcentajes. Resulta destacable aquí como al aumentar la edad del paciente, el deseo de conocer los riesgos que conlleva la anestesia es menor si bien esta aparente relación no es lo suficientemente alta como para que sea confirmada desde el punto de vista estadístico (tabla 117), (gráfica 113).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	70	95,9%	56	90,3%	175	88,4%	153	86,4%
No	1	1,4%	1	1,6%	6	3,0%	8	4,5%
Me da igual	2	2,7%	5	8,1%	17	8,6%	16	9,0%

Tabla 117

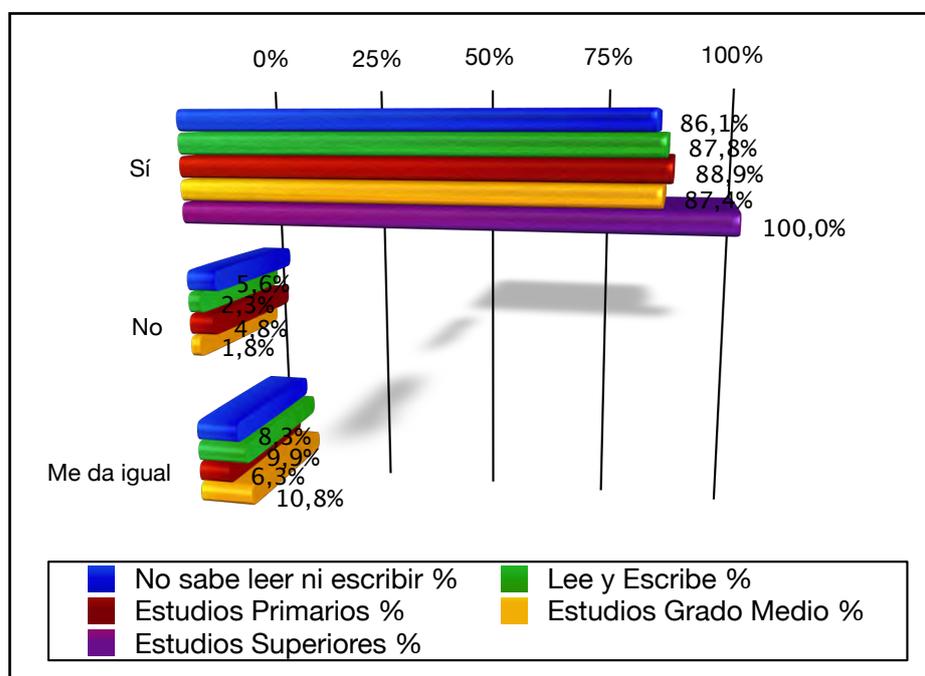


Gráfica 113

Al analizar las respuestas, desde la formación intelectual del paciente, hallamos que todos los que poseen Estudios Superiores creen necesario que se informe de los riesgos, seguido en proporción similar del resto de pacientes cuyo interés decrece levemente, salvo el bache en los Estudios Medios, a medida que desciende el nivel formativo (tabla 118), (gráfica 114).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	31	86,1%	115	87,8%	168	88,9%	97	87,4%	43	100%
No	2	5,6%	3	2,3%	9	4,8%	2	1,8%	0	0%
Me da igual	3	8,3%	13	9,9%	12	6,3%	12	10,8%	0	0%

Tabla 118



Gráfica 114

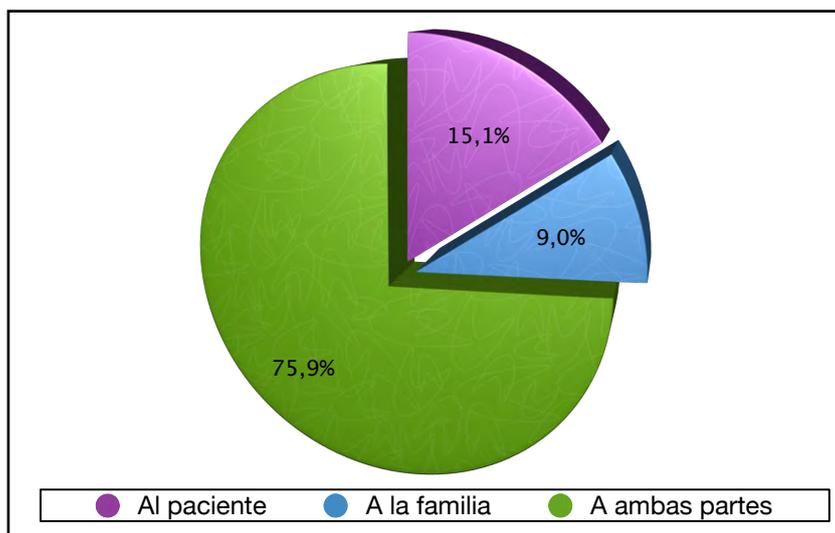
### 2.3.3. Destino de la información

“II.3.- ¿A quien cree que deberían informar?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Al paciente	77	15,1%
A la familia	46	9%
A ambas partes	387	75,9%

Tabla 119

Al preguntar a quien creen que se debería proporcionar la información, el 15,1% (77) contestó que al paciente, el 9% (46) que a la familia y el 75,9% (387) contestó que a ambos (tabla 119), (gráfica 115).



Al realizar el contraste de hipótesis obtenemos unos resultados estadísticamente

*Gráfica 115*

significativos, al 95% (p-valor 0,000), lo que quiere decir que no se deben al azar. Si estudiamos la relación de dependencia con otras variables, obtenemos que la respuesta a esta pregunta depende con una significación del 95% de la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica y del nivel de formación que poseen los pacientes encuestados (tabla 11 y tabla 12 del anexo 2).

En cuanto a esto, hay que señalar que las cirugías en las que el número de pacientes que quieren que se les informe, tanto a ellos como a su familia, es muy elevado en el caso de Cirugía Cardíaca y Neurocirugía. Esto puede deberse a la gravedad del tipo de intervenciones realizadas en estos servicios (tabla 120).

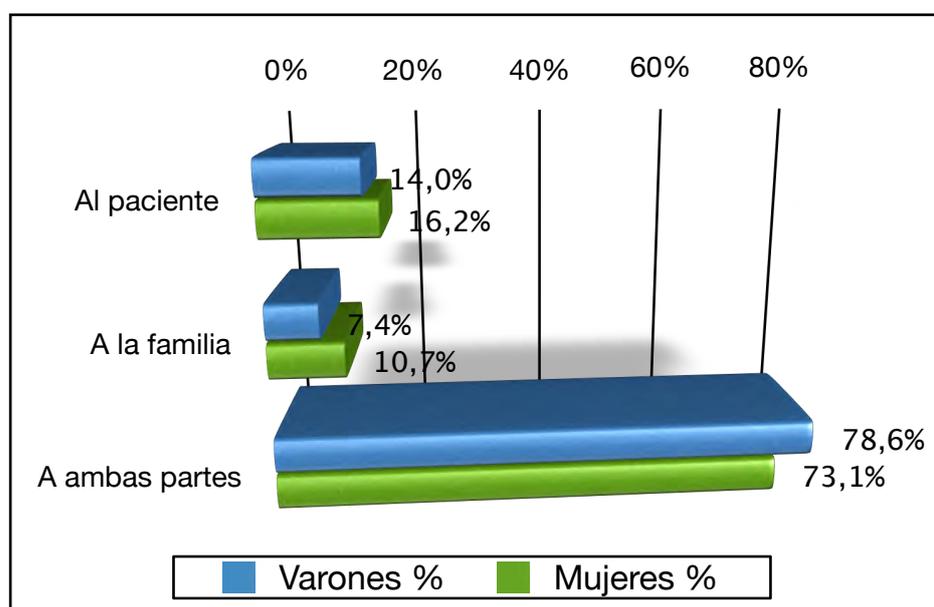
<i>Especialidad</i>	<i>Paciente</i>	<i>Familia</i>	<i>Ambas partes</i>
Urología	18,5%	4%	78%
Cirugía General	16%	9%	75%
Cirugía Cardíaca	5,5%	5,5%	89%
ORL	14%	11%	75%
Traumatología	16%	7%	77%
Oftalmología	19%	6%	75%
Unidad de Dolor	33%	0%	67%
Ginecología	9%	17%	74%
C.Maxilofacial	16,5%	5,5%	78%
C.Pediátrica	0%	32%	68%
Neurocirugía	6%	6%	88%

*Tabla 120*

Son más los varones que las mujeres quienes prefieren que se informe tanto al paciente como a la familia (tabla 121), (gráfica 116). Sin embargo, las diferencias no son significativas y no se evidencia que exista relación entre la respuesta y el sexo del paciente, estadísticamente hablando (tabla 10 del anexo 2).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Al paciente	36	14,0%	41	16,2%
A la familia	19	7,4%	27	10,7%
A ambas partes	202	78,6%	185	73,1%

Tabla 121

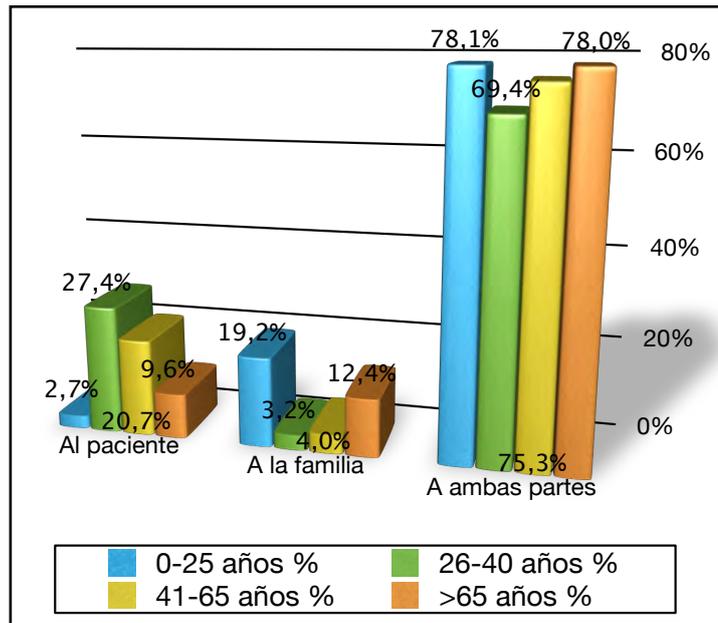


Gráfica 116

Al analizar la distribución por grupos de edad obtenemos unas respuestas muy homogéneas con un ligero desplazamiento por parte de los menores de 25 años y los mayores de 65 en el sentido de que se informe a ambas partes (tabla 122), (gráfica 117).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
Al paciente	2	2,7%	17	27,4%	41	20,7%	17	9,6%
A la familia	14	19,2%	2	3,2%	8	4,0%	22	12,4%
A ambas partes	57	78,1%	43	69,4%	149	75,3%	138	78,0%

Tabla 122

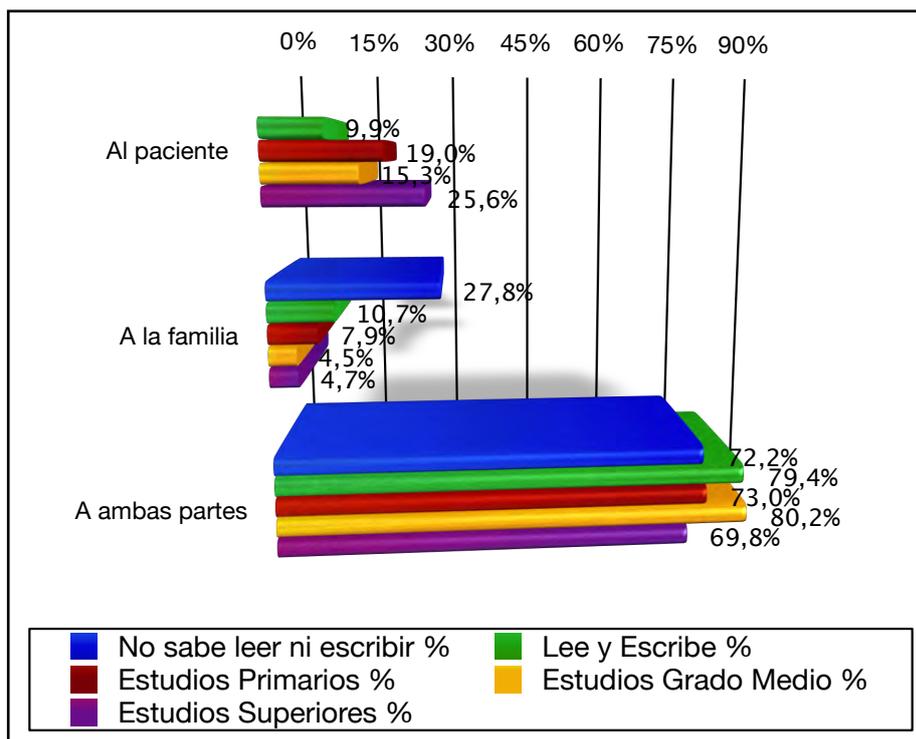


Gráfica 117

Lo mismo ocurre cuando el análisis lo hacemos con respecto a la formación, produciéndose un mínimo desplazamiento, en el mismo sentido, entre los que saben leer y escribir y los de estudios de grado medio (tabla 123), (gráfica 118).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Al paciente	0	0%	13	9,9%	36	19,0%	17	15,3%	11	25,6%
A la familia	10	27,8%	14	10,7%	15	7,9%	5	4,5%	2	4,7%
A ambas partes	26	72,2%	104	79,4%	138	73,0%	89	80,2%	30	69,8%

Tabla 123



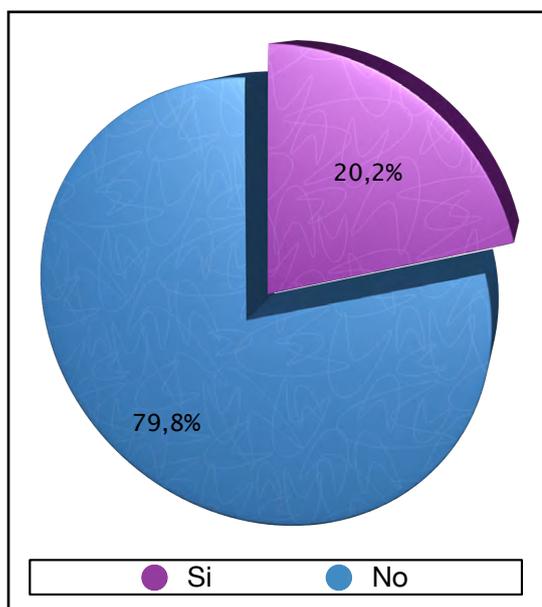
Gráfica 118

### 2.3.4. Consecuencias anímicas de la información

“II.4.- ¿Considera que la información proporcionada le ha producido más ansiedad y miedo ante la intervención?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	103	20,2%
No	407	79,8%

Tabla 124



Gráfica 119

Desde el punto de vista descriptivo nos encontramos con una respuesta que no deja lugar a dudas sobre lo que podría ser un serio problema para el proceso de C.I.: el 79,8% (407) niega que éste le provoque más miedo y ansiedad del que ya tenía, mientras el 20,2% (103) restante cree que sí.

Desde el punto de vista estadístico, los resultados obtenidos son significativos al 95% (p-valor 0,000), lo que quiere decir que no se deben al azar y que los resultados son extensibles a la población.

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia muy alta entre la respuesta dada a esta

pregunta y el nivel de formación académica de los encuestados (tabla 15 del anexo 2). También existe dependencia con la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 16 del anexo 2). Esto quiere decir que a un porcentaje considerablemente elevado de pacientes que van a ser intervenidos de una Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Oftalmología, Traumatología y Unidad de Dolor no les afecta de manera negativa en su estado anímico, la información que les proporciona el Anestesiólogo (tabla 125).

<i>Especialidad</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Urología	22%	78%
Cirugía General	17%	83%
Cirugía Cardíaca	44%	56%
ORL	36%	64%

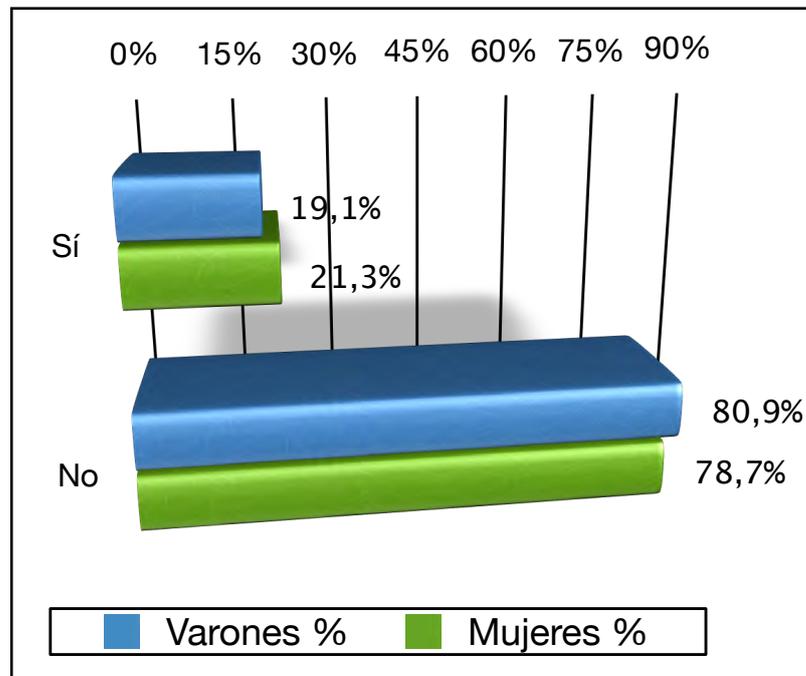
<i>Especialidad</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Traumatología	18%	82%
Oftalmología	12,5%	87,5%
Unidad de Dolor	4%	96%
Ginecología	34%	66%
C.Maxilofacial	6%	94%
C.Pediátrica	46%	54%
Neurocirugía	6%	94%

*Tabla 125*

El resultado de las respuestas por sexo es bastante similar siendo levemente superior, descriptivamente, el número de hombres que ha respondido que no (tabla 126), (gráfica 120).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	49	19,1%	54	21,3%
No	208	80,9%	199	78,7%

*Tabla 126*

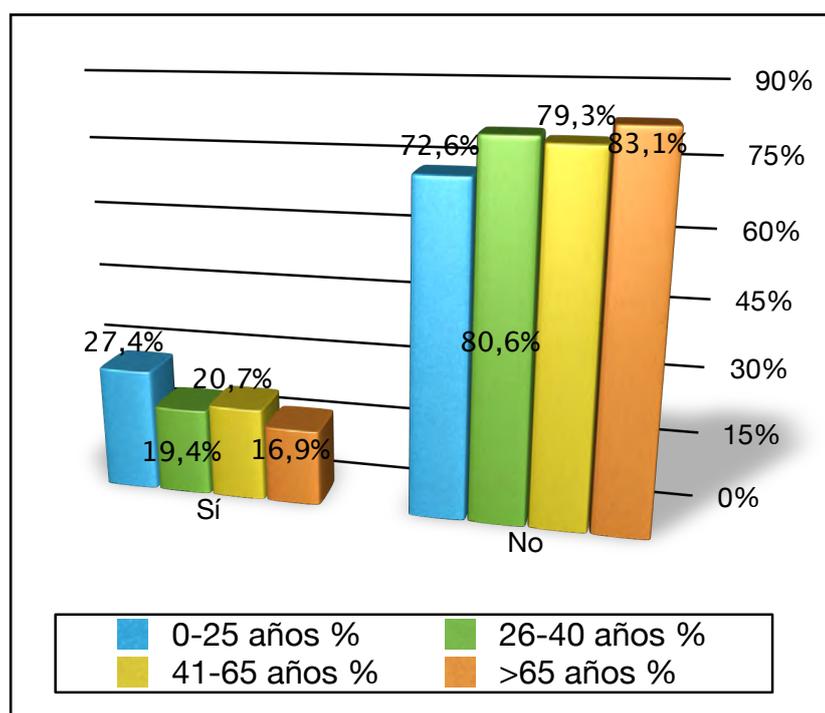


*Gráfica 120*

La madurez parece influir disminuyendo el miedo y la ansiedad aunque de manera poco acentuada (tabla 127), (gráfica 121).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	20	27,4%	12	19,4%	41	20,7%	30	16,9%
No	53	72,6%	50	80,6%	157	79,3%	147	83,1%

Tabla 127

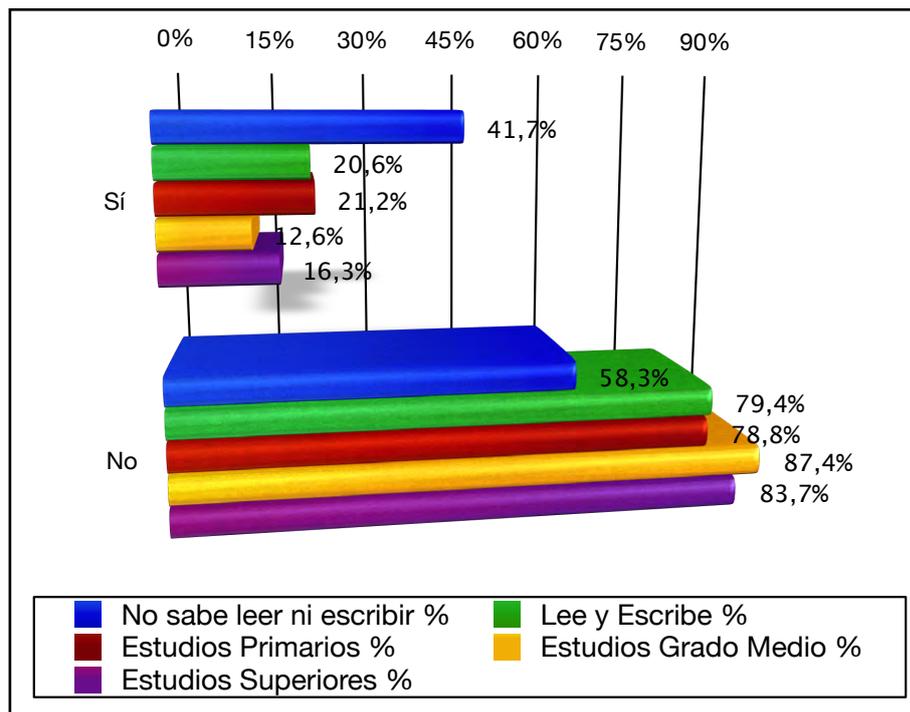


Gráfica 121

Lo mismo ocurre con la formación. Esta relación sí que esta corroborada desde el punto de vista estadístico y, por tanto, podemos concluir que a medida que el paciente está más formado intelectualmente, el miedo y la ansiedad ante la información que han recibido disminuye (tabla 128), (gráfica 122).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	15	41,7%	27	20,6%	40	21,2%	14	12,6%	7	16,3%
No	21	58,3%	104	79,4%	149	78,8%	97	87,4%	36	83,7%

Tabla 128



Gráfica 122

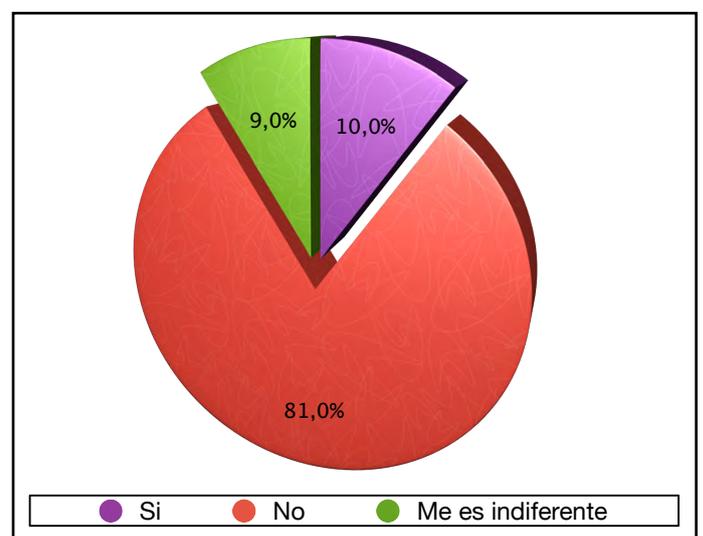
### 2.3.5. La no información

“II.5.- ¿Cree que hubiera sido mejor que no le dijeran nada?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	51	10%
No	413	81%
Me es indiferente	46	9%

Tabla 129

En cómputo global, descriptivamente hablando, obtenemos unos resultados muy parecidos a la cuestión anterior, pues el 81% (413) prefiere que le informen, mientras que los que no quieren y los indiferentes arrojan un porcentaje muy similar a los que ven crecer su ansiedad y miedo con la información proporcionada: 19% (97) (tabla 129), (gráfica 123).



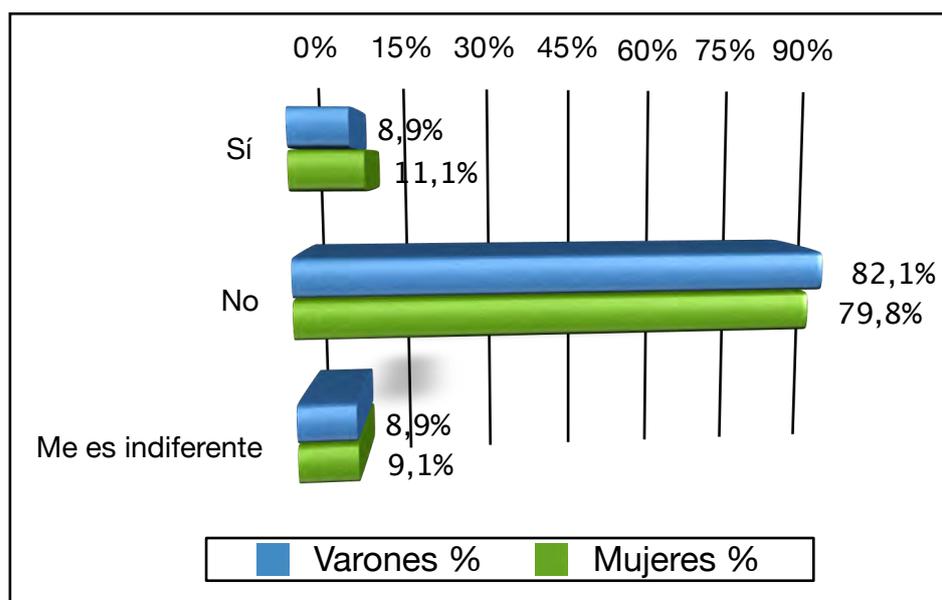
Gráfica 123

Los resultados a esta pregunta son estadísticamente significativos al 95% (p-valor 0,000). Al realizar los contrastes de independencia, entre diferentes variables y esta cuestión, vemos como existe relación con el distinto nivel de formación de los pacientes (tabla 19 del anexo 2).

Son mayoría los hombres, descriptivamente, que no quieren que se les oculte información. Sin embargo, esta aparente relación no se puede confirmar al realizar el análisis estadístico (tabla 130), (gráfica 124).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	23	8,9%	28	11,1%
No	211	82,1%	202	79,8%
Me es indiferente	23	8,9%	23	9,1%

Tabla 130

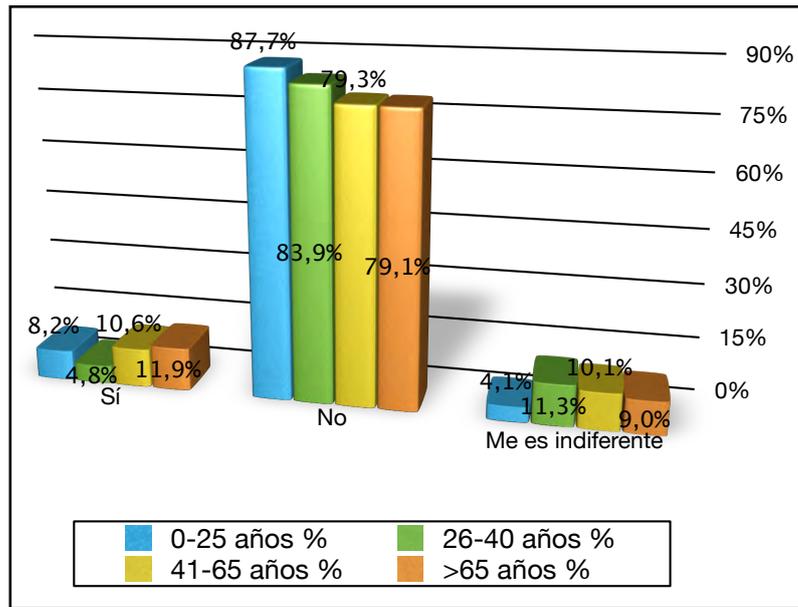


Gráfica 124

La edad aleja del deseo de saber (tabla 131), (gráfica 125).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
Sí	6	8,2%	3	4,8%	21	10,6%	21	11,9%
No	64	87,7%	52	83,9%	157	79,3%	140	79,1%
Me es indiferente	3	4,1%	7	11,3%	20	10,1%	16	9,0%

Tabla 131

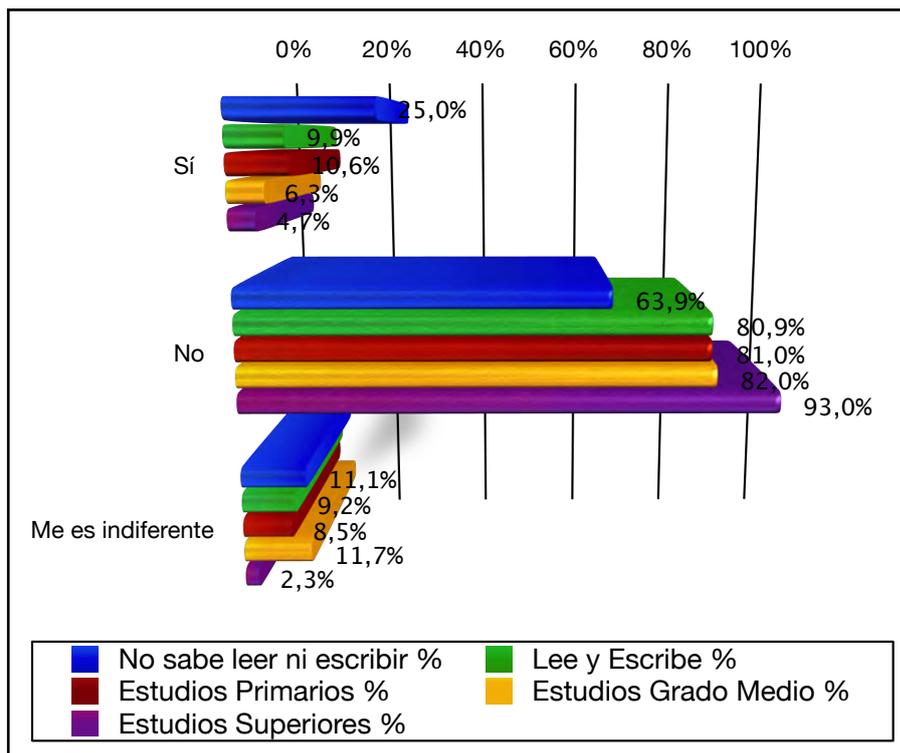


Gráfica 125

Vemos en la tabla 132 y gráfica 126 que, a medida que se eleva el nivel de formación lo hace el deseo de saber y, como ya hemos dicho anteriormente, existe una relación estadísticamente significativa entre la respuesta y la variable.

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	9	25%	13	9,9%	20	10,6%	7	6,3%	2	4,7%
No	23	63,9%	106	80,9%	153	81,0%	91	82,0%	40	93,0%
Me es indiferente	4	11,1%	12	9,2%	16	8,5%	13	11,7%	1	2,3%

Tabla 132



Gráfica 126

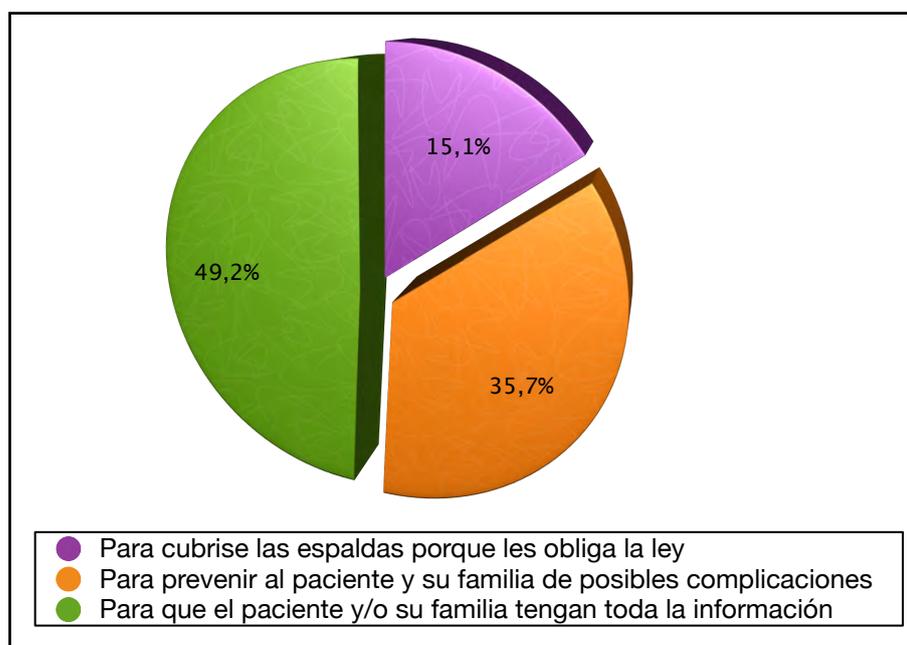
### 2.3.6. Motivo de la información

“II.6.- ¿Por qué cree que le informan?”

Casi la mitad de los entrevistados, el 49,2 % (251) creen que el motivo es proporcionar toda la información al paciente y a sus familiares. El 35,7% (182) piensan que es para prevenir al paciente y a su familia de posibles complicaciones que puedan surgir. Sólo el 15,1% (77) creen que es para “cubrirse las espaldas”, porque están obligados por ley (tabla 133), (gráfica 127).

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Para “cubrirse las espaldas” porque les obliga la ley	77	15,1%
Para prevenir al paciente y su familia de posibles complicaciones	182	35,7%
Para que el paciente y/o su familia tengan toda la información	251	49,2%

Tabla 133

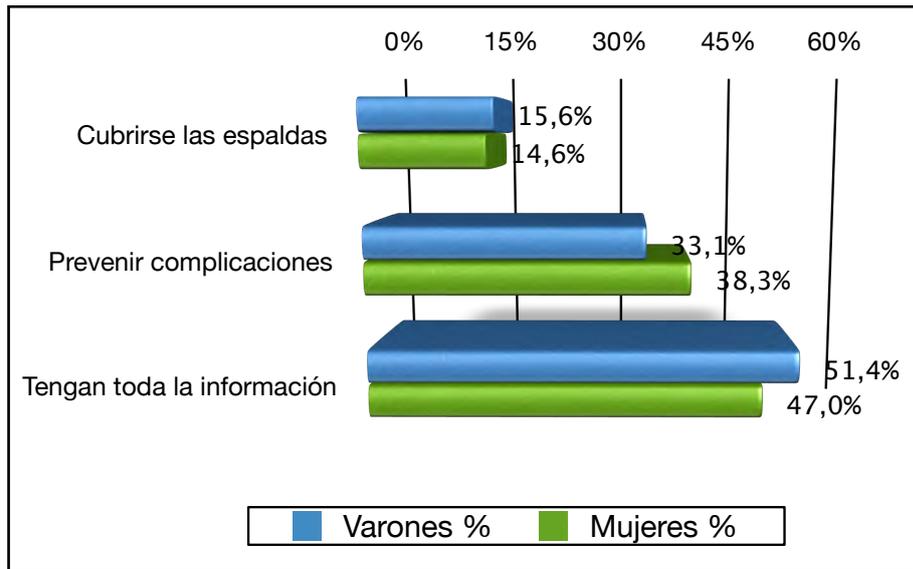


Gráfica 127

Los hombres son más partidarios de que el motivo es que tengan toda la información, si bien los porcentajes de respuesta en uno y otro grupo no difieren mucho (tabla 134), (gráfica 128).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Para “cubrirse las espaldas”	40	15,6%	37	14,6%
Para prevenir complicaciones	85	33,1%	97	38,3%
Para que tengan toda la información	132	51,4%	119	47,0%

Tabla 134

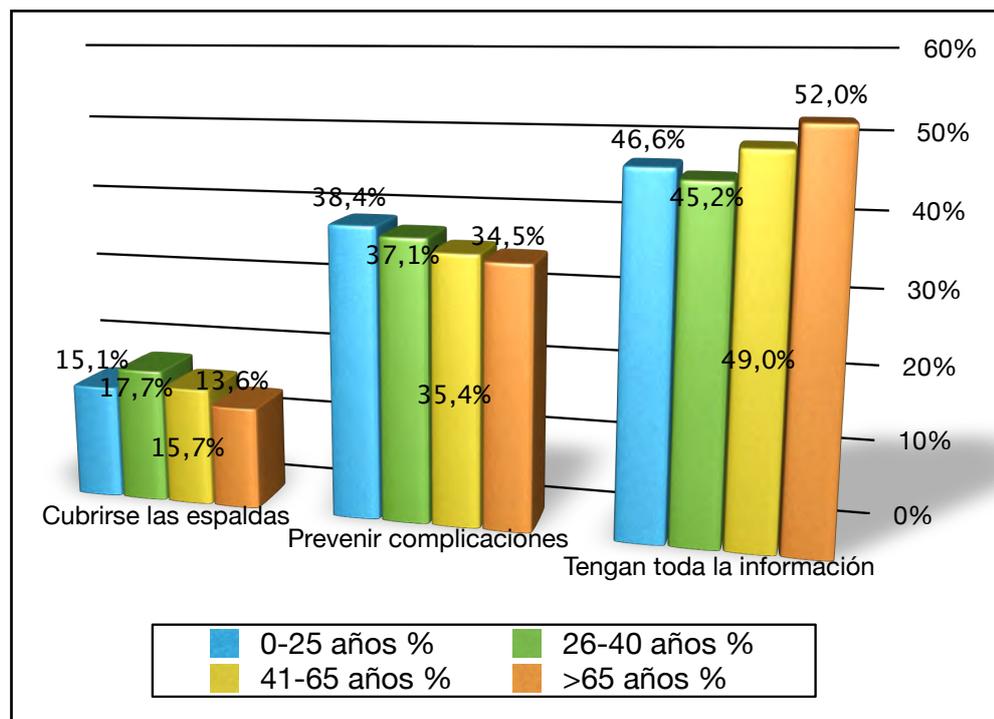


Gráfica 128

Por grupos de edad, la confianza en el médico aumenta conforme lo hace ésta (tabla 135), (gráfica 129).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
“Cubrirse las espaldas”	11	15,1%	11	17,7%	31	15,7%	24	13,6%
Prevenir complicaciones	28	38,4%	23	37,1%	70	35,4%	61	34,5%
Tengan toda la información	34	46,6%	28	45,2%	97	49,0%	92	52,0%

Tabla 135

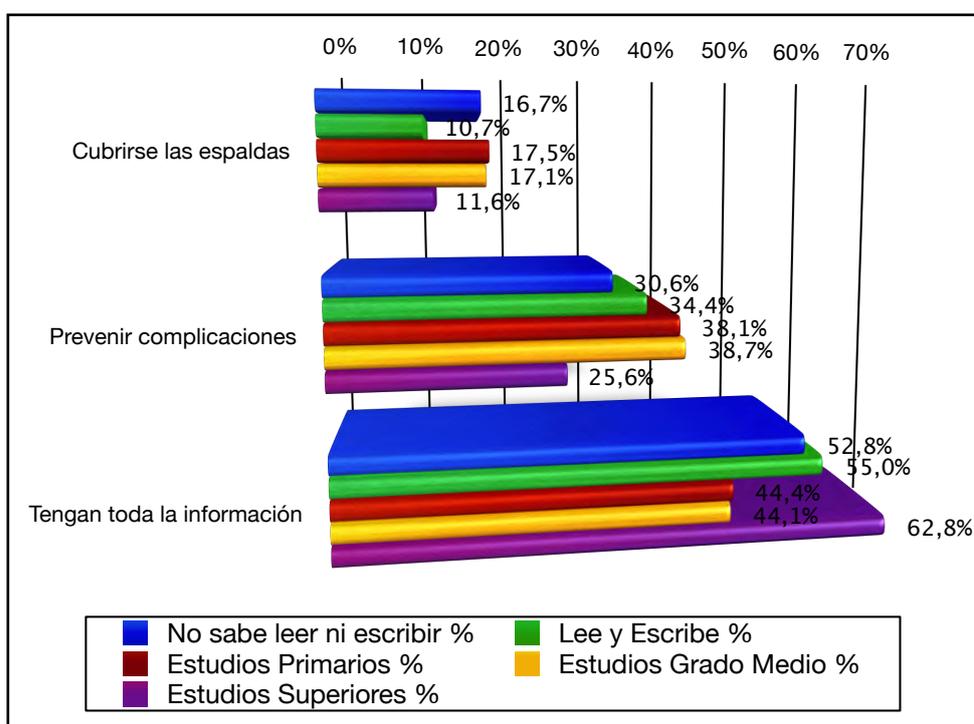


Gráfica 129

Lo mismo ocurre con el grupo de pacientes que tiene Estudios Superiores (tabla 136), (gráfica 130).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
“Cubrirse las espaldas”	6	16,7%	14	10,7%	33	17,5%	19	17,1%	5	11,6%
Prevenir complicaciones	11	30,6%	45	34,4%	72	38,1%	43	38,7%	11	25,6%
Tengan toda la información	19	52,8%	72	55,0%	84	44,4%	49	44,1%	27	62,8%

Tabla 136



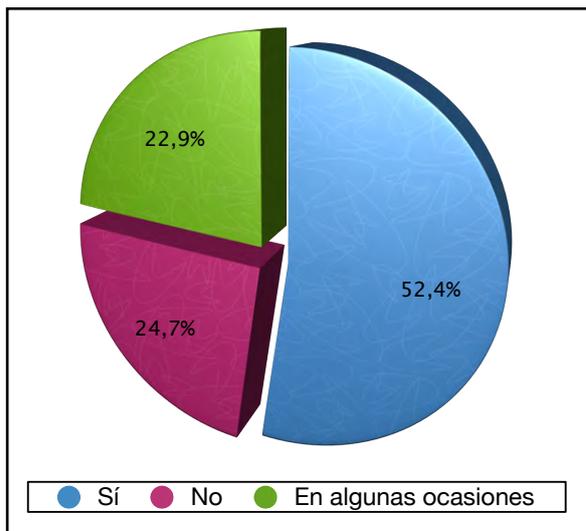
Gráfica 130

### 2.3.7. Tiempo para informar

“II.7.- ¿Cree que el anestesiólogo dispone de tiempo suficiente para explicarle cuál será la anestesia que va a practicarle, los riesgos de ésta y que pueda preguntarle sobre las dudas que tenga?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	267	52%
No	126	25%
En algunas ocasiones	117	23%

Tabla 137



Gráfica 131

Los médicos nos quejamos de falta de tiempo para dedicar a nuestros pacientes. Bien, pues tres cuartas partes de la muestra consideran que tenemos tiempo suficiente, siempre o en ocasiones, mientras que la otra cuarta parte nos da la razón (tabla 137), (gráfica 131).

Al realizar el contraste de hipótesis, se rechaza la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar (p-valor 0,000). Al ser significativos al 95%, se pueden generalizar los resultados al resto de población.

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 28 del anexo 2). Esto significa que la mayoría de los pacientes que van a ser intervenidos de una Cirugía Maxilofacial, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Urología consideran que el anestesiólogo dispone del suficiente tiempo como para explicarle todo lo relativo a la anestesia (tabla 138).

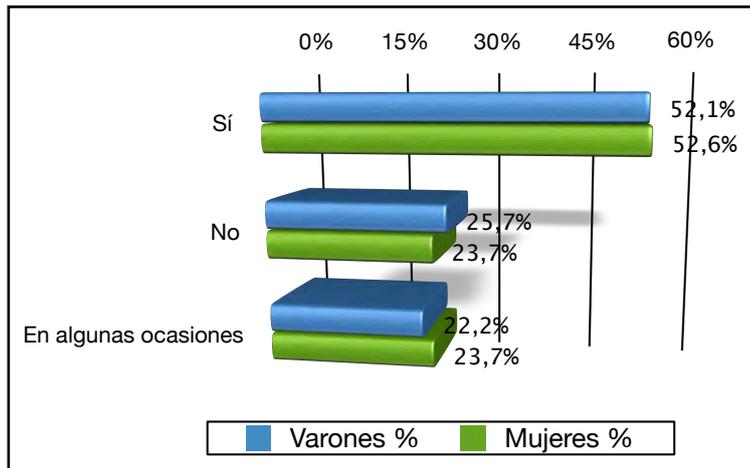
<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>En algunas ocasiones</i>
Urología	67%	11%	22%
Cirugía General	49,6%	31,6%	18,8%
Cirugía Cardíaca	28%	28%	44%
ORL	50%	11%	39%
Traumatología	57,3%	24,4%	18,3%
Oftalmología	58%	19%	23%
Unidad de Dolor	44%	19%	37%
Ginecología	54,3%	14,3%	31,4%
C.Maxilofacial	61%	33%	6%
C.Pediátrica	39%	32%	29%
Neurocirugía	47%	41%	12%

Tabla 138

La distribución por sexos es casi idéntica (tabla 139), (gráfica 132).

Opciones	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	134	52,1%	133	52,6%
No	66	25,7%	60	23,7%
En algunas ocasiones	57	22,2%	60	23,7%

Tabla 139

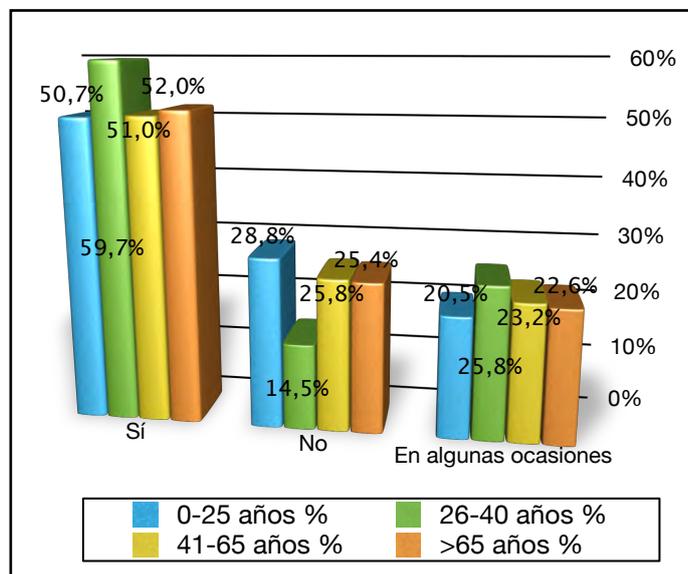


Gráfica 132

Por grupos de edad, es el de 26-40 años el que destaca a la hora de opinar que sí disponemos de tiempo suficiente (tabla 140), (gráfica 133).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	37	50,7%	37	59,7%	101	51,0%	92	52,0%
No	21	28,8%	9	14,5%	51	25,8%	45	25,4%
En algunas ocasiones	15	20,5%	16	25,8%	46	23,2%	40	22,6%

Tabla 140

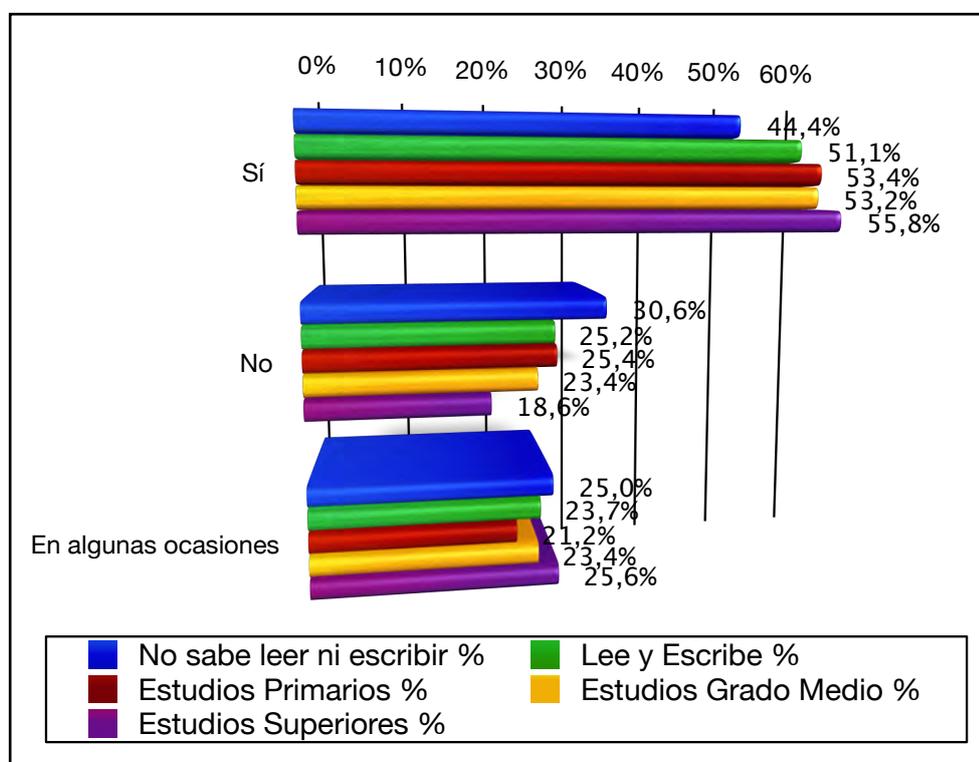


Gráfica 133

A medida que se incrementa el nivel de formación la creencia de que tenemos tiempo suficiente aumenta (tabla 141), (gráfica 134).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	16	44,4%	67	51,1%	101	53,4%	59	53,2%	24	55,8%
No	11	30,6%	33	25,2%	48	25,4%	26	23,4%	8	18,6%
En algunas ocasiones	9	25,0%	31	23,7%	40	21,2%	26	23,4%	11	25,6%

Tabla 141



Gráfica 134

### 2.3.8. Discusión

¿Cuál es la actitud que tienen los pacientes ante el Consentimiento Informado de Anestesiología? Ésta es la pregunta que nos hacíamos al iniciar este bloque de preguntas. Hemos observado que a más de la mitad de los pacientes se les consultó al iniciar la consulta preanestésica si deseaban o no recibir información sobre la anestesia. Esta respuesta nos podría dar también, como decíamos al enunciarla, información sobre la actuación del anestesiólogo. Pero hemos de tener en cuenta que la encuesta se realiza después de la intervención. Hablamos, pues, de memoria conservada sobre información recibida en una teórica situación de estrés, por ello las respuestas que

impliquen un proceso mental más superficial y de respuesta más rápida deben ser interpretadas en ese contexto.

La inmensa mayoría consideran importante recibir información sobre los riesgos que conlleva la actuación anestésica, hecho al que dan más importancia los grupos de edad más jóvenes. El deseo de saber, relacionado con la edad, ya lo poníamos de manifiesto en la primera parte de esta Tesis. Y parece lógico que, en una sociedad estructurada en torno a la familia haya un deseo, meridianamente claro, de que la información se traslade no sólo al interesado sino también a aquella.

Cuando hablábamos de los problemas del C.I. mencionábamos, como uno de los argumentos de los detractores de éste, la ansiedad que puede llegar a generar en los pacientes. Hacíamos referencia a los estudios americanos y españoles que contradecían esta aseveración. En nuestro estudio queda de manifiesto que, al igual que en los mencionados estudios, este argumento no es válido. El 80% de los pacientes niegan que el proceso de C.I. les genere ansiedad y este resultado va a estar en proporción inversa a la edad y la formación.

Sorprende la confianza del paciente en el médico. En una medicina en la que, como consecuencia del principio de autonomía y de la socialización, es el consumidor el que establece los criterios de necesidad de atención médica, sorprende que sólo el 15% apunte a hipotéticos conflictos previstos por el anesthesiólogo y que, además, consideren que el tiempo que éste les dedica en la consulta preanestésica es suficiente. Sin duda hay motivo para la esperanza. Y a la luz de estas respuestas en nuestras manos está el futuro. De nosotros depende el discurrir en una práctica clínica incardinada en una ética de la excelencia que haga recobrar a la profesión médica el lugar que en la sociedad merece, proporcional a su preparación, trabajo y responsabilidad, o no. Los resultados de esta Tesis, en cuanto al Servicio de Anestesiología del Complejo Hospitalario de Toledo, son alentadores. Posiblemente estemos en el buen camino.

Por último decir que no encontramos explicación al hecho de que al realizar los contrastes de independencia, hallemos una relación de dependencia, estadísticamente significativa, entre las respuestas dadas y la especialidad quirúrgica responsable de la intervención. Lo veremos también en los siguientes bloques. Se nos ocurre que, tal vez, los anesthesiólogos nos esforcemos más en el proceso de C.I. cuanto más difícil y complicada suponemos la cirugía. Pero no pasa de ser una apreciación personal.

## 2.4. Información recibida

Preguntamos a nuestros encuestados sobre forma, cantidad y calidad de la información. Abordamos aquí la percepción de ese primer elemento del C.I.

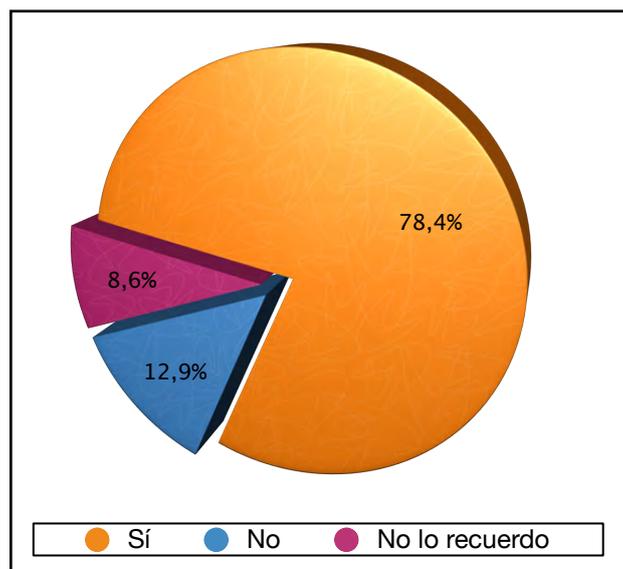
### 2.4.1. Recepción de información

“III.1.- ¿Le informaron de que iba a ser anestesiado, en qué consistía la anestesia y los riesgos de ésta?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Sí	400	78,4%
No	66	12,9%
No lo recuerdo	44	8,6%

*Tabla 142*

La mayor parte de los encuestados, el 78,4% (400), recuerda que sí les informaron. El 8,6% (44) no lo recuerda y solamente el 12,9% (66) contestan que no les habían informado (tabla 141), (gráfica 135).



*Gráfica 135*

Los resultados son estadísticamente significativos al 95% (p-valor 0,000), por tanto, las respuestas no son fruto del azar y pueden extenderse al total de la población.

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia muy alta entre la respuesta dada esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 32 del anexo 2). Esto significa que un porcentaje muy elevado de los pacientes de todas las especialidades, salvo Neurocirugía, fueron informados (tabla 143).

<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No lo recuerdo</i>
Urología	81,5%	7,5%	11%
Cirugía General	83%	10%	7%
Cirugía Cardíaca	72%	6%	22%
ORL	86%	0%	14%
Traumatología	71%	23%	6%

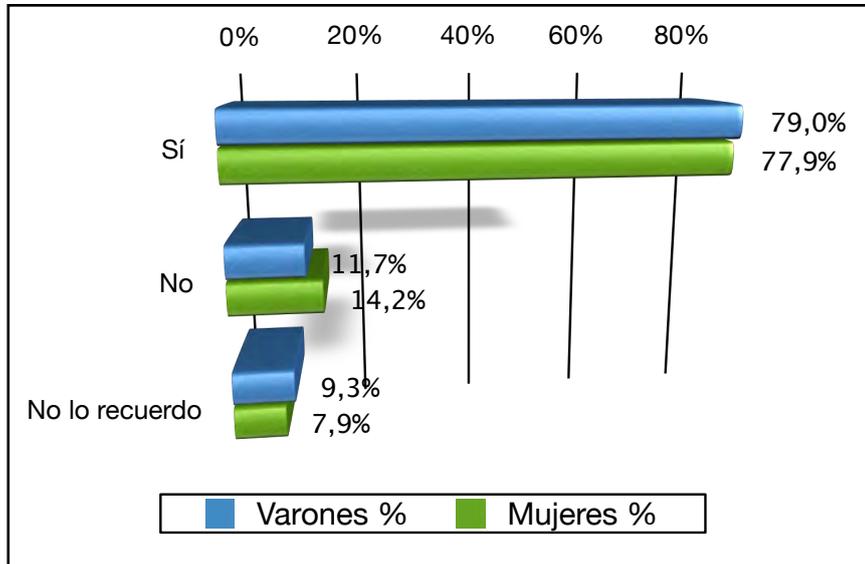
<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No lo recuerdo</i>
Oftalmología	88%	8%	4%
Unidad de Dolor	74%	11%	15%
Ginecología	82,8%	8,6%	8,6%
C.Maxilofacial	72%	17%	11%
C.Pediátrica	82%	11%	7%
Neurocirugía	58,9%	23,5%	17,6%

Tabla 143

Las respuestas entre varones y mujeres no difieren mucho (tabla 144), (gráfica 136).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	203	79,0%	197	77,9%
No	30	11,7%	36	14,2%
No lo recuerdo	24	9,3%	20	7,9%

Tabla 144

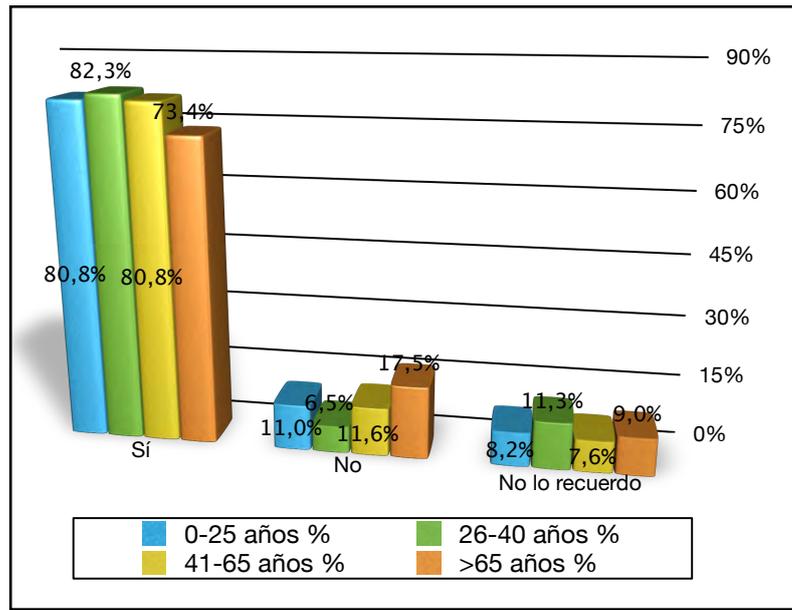


Gráfica 136

Lo mismo ocurre al analizar las respuestas por grupos de edad (tabla 145), (gráfica 137).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
Sí	59	80,8%	51	82,3%	160	80,8%	130	73,4%
No	8	11,0%	4	6,5%	23	11,6%	31	17,5%
No lo recuerdo	6	8,2%	7	11,3%	15	7,6%	16	9,0%

Tabla 145

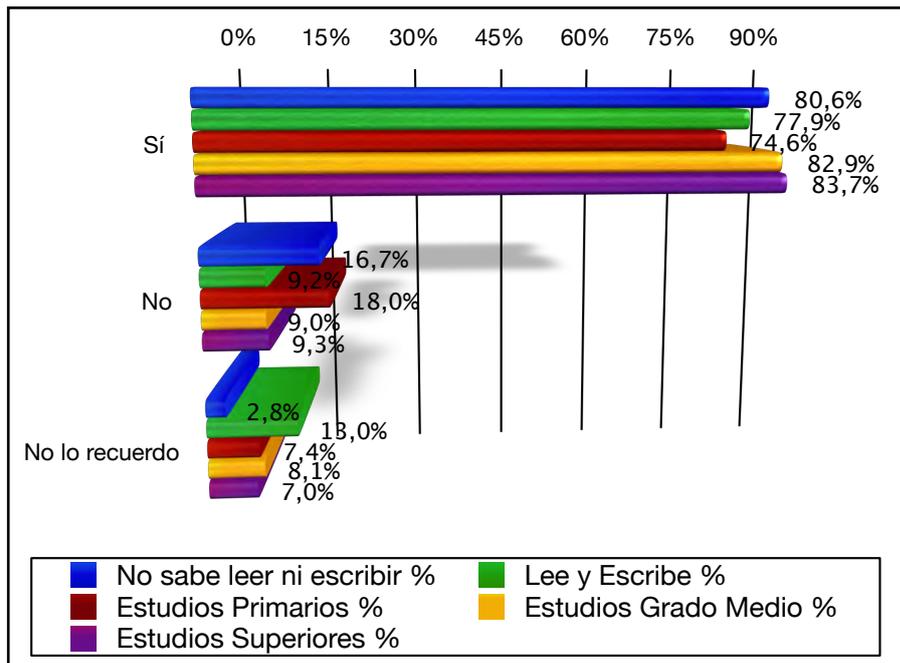


Gráfica 137

En todos los grupos distribuidos por nivel de formación la proporción entre las diferentes respuestas es bastante semejante, predominando la respuesta positiva en los que tienen Estudios Superiores y Medios (tabla 146), (gráfica 138).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	29	80,6%	102	77,9%	141	74,6%	92	82,9%	36	83,7%
No	6	16,7%	12	9,2%	34	18,0%	10	9,0%	4	9,3%
No lo recuerdo	1	2,8%	17	13,0%	14	7,4%	9	8,1%	3	7,0%

Tabla 146



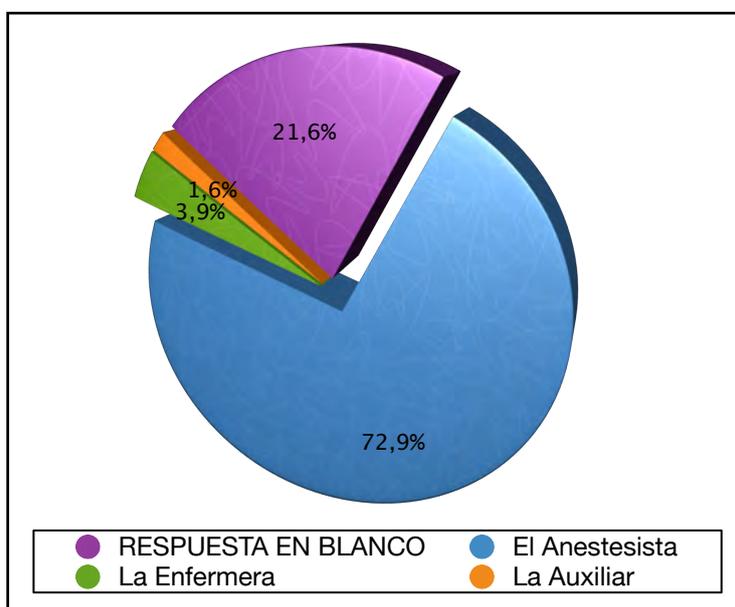
Gráfica 138

Hemos visto que, de los pacientes encuestados, el 78% recuerda que sí fueron informados. Pero ¿quién les informó? Les preguntamos: “III.2.- Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido “si”, responda ¿quien le informó?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
RESPUESTA EN BLANCO	110	21,6%
El Anestesista	372	72,9%
La Enfermera	20	3,9%
La Auxiliar	8	1,6%

Tabla 147

Esta pregunta no ha sido contestada por los que en la anterior respondieron que no habían sido informados o no lo recordaban, concretamente un 21,6% (110) (tabla 147), (gráfica 139). Parece que entendieron mejor que nuestros compañeros el condicionamiento de la pregunta.



Gráfica 139

La respuesta es clarificadora.

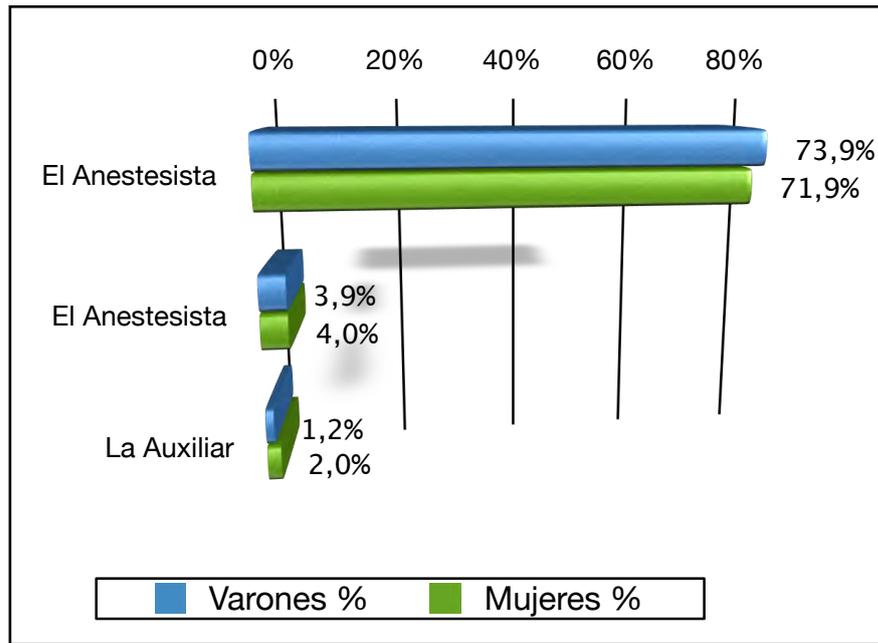
Del total de las respuestas dadas, el 72,9% dice que fue informado por el

médico mientras que el resto lo fue por personal no facultativo, cosa que a la luz de la ley vigente en esta Comunidad, ya comentada en su lugar, es legítimo.

Las respuestas de varones y mujeres no difieren mucho entre sí (tabla 148), (gráfica 140).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
El Anestesista	190	73,9%	182	71,9%
La Enfermera	10	3,9%	10	4,0%
La Auxiliar	3	1,2%	5	2,0%

Tabla 148

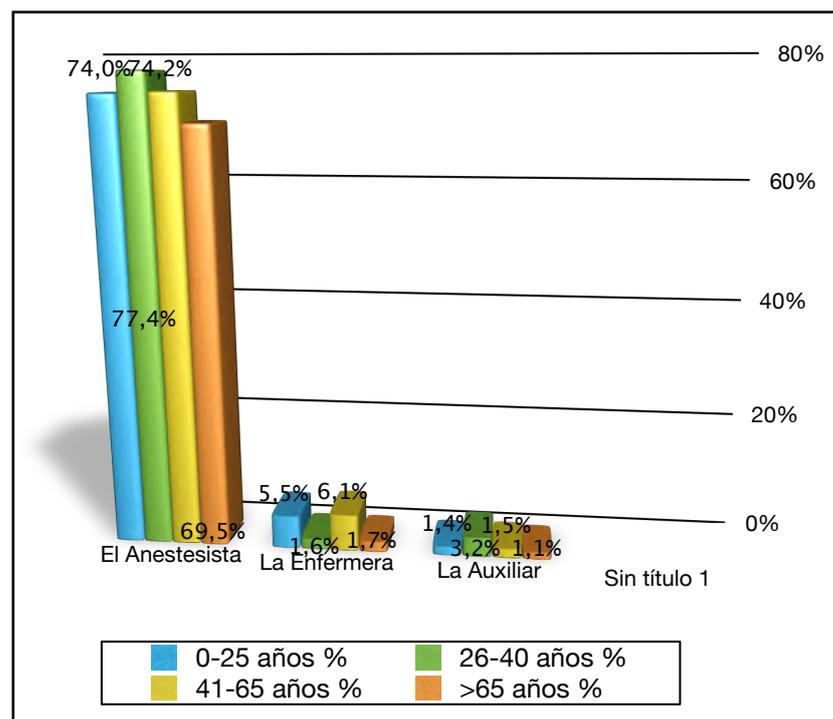


Gráfica 140

Agrupados por edad, son los jóvenes los que mejor recuerdan que les informó el anestesista (tabla 149), (gráfica 141).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
El Anestesista	54	74,0%	48	77,4%	147	74,2%	123	69,5%
La Enfermera	4	5,5%	1	1,6%	12	6,1%	3	1,7%
La Auxiliar	1	1,4%	2	3,2%	3	1,5%	2	1,1%

Tabla 149

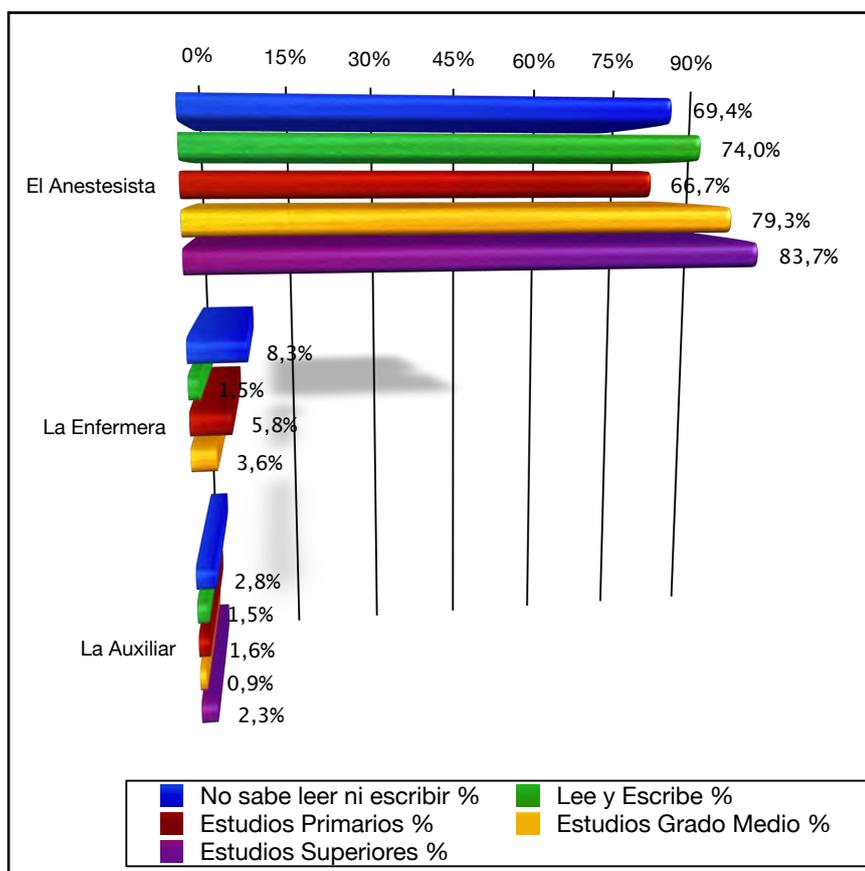


Gráfica 141

Principalmente los pacientes con Estudios Superiores recuerdan que es el anestesista quien les informó (tabla 150), (gráfica 142).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
El Anestesista	25	69,4%	97	74,0%	126	66,7%	88	79,3%	36	83,7%
La Enfermera	3	8,3%	2	1,5%	11	5,8%	4	3,6%	0	0,0%
La Auxiliar	1	2,8%	2	1,5%	3	1,6%	1	0,9%	1	2,3%

Tabla 150



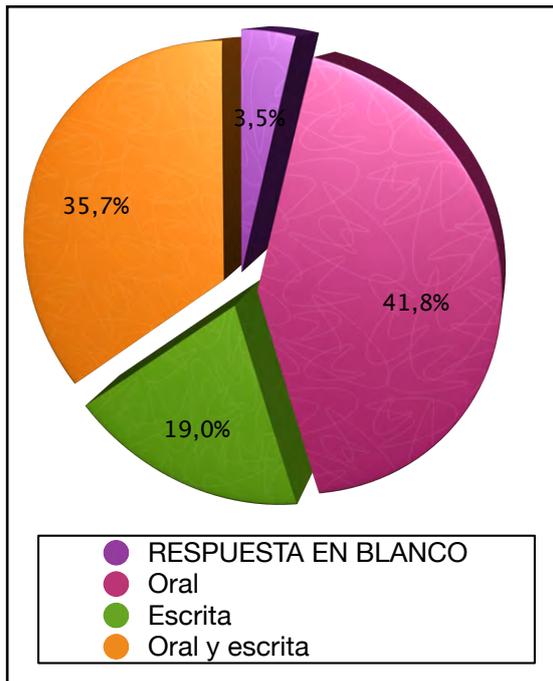
Gráfica 142

## 2.4.2. Modo de información

III.3.- ¿De qué forma se le proporcionó la información?

Opciones	Respuestas	Porcentajes
RESPUESTA EN BLANCO	18	3,5%
Oral	213	41,8%
Escrita	97	19%
Oral y escrita	182	35,7%

Tabla 151



Gráfica 143

A un gran porcentaje de pacientes, concretamente al 41,8% (213) se les explicó el Consentimiento de forma oral. Solamente escrito al 19% (97), y de ambas formas al 35,7% (182). Dejaron esta respuesta sin contestar casi el 3,5% (18) de los pacientes, dato interesante que debe anotarse en los defectos de memoria pues se comprobó que todos los encuestados habían entregado, y así constaba en la historia, el C.I. debidamente firmado (tabla 151), (gráfica 143).

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos al 95% que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 40 del anexo 2). Esto significa que el recuerdo de que la información se proporcionó oralmente de manera mayoritaria en Cirugía General y Cirugía Maxilofacial; y de ambas formas en la especialidad de Ginecología y Neurocirugía (tabla 152).

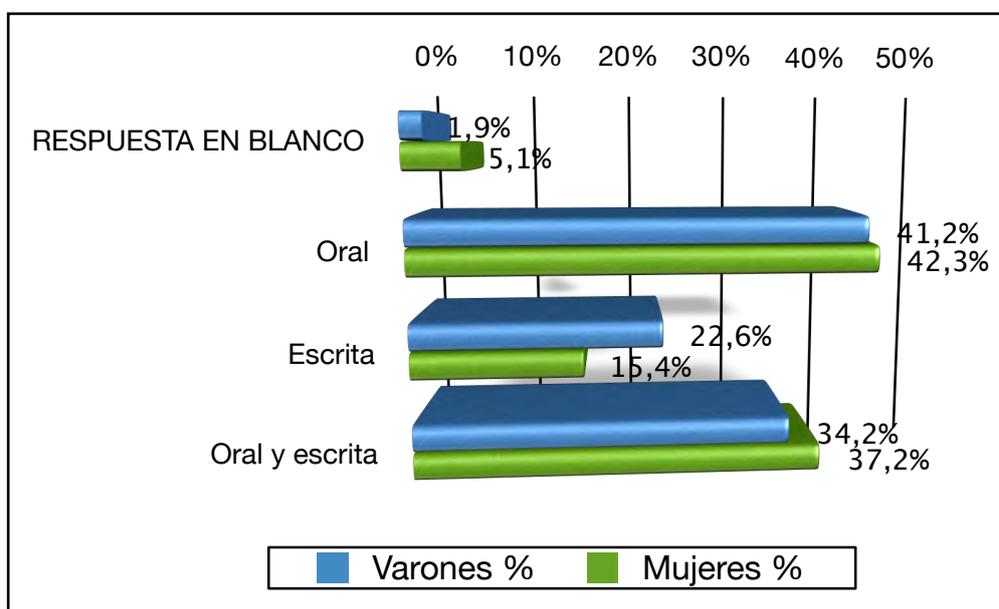
Especialidad	En blanco	Oral	Escrita	Ambas
Urología	0%	52%	22%	26%
Cirugía General	2%	56%	12%	30%
Cirugía Cardíaca	6%	17%	33%	44%
ORL	0%	39%	18%	43%
Traumatología	4%	31%	28%	37%
Oftalmología	4%	50%	17%	29%
Unidad de Dolor	4%	44%	19%	33%
Ginecología	11%	26%	11%	52%
C.Maxilofacial	0%	78%	0%	22%
C.Pediátrica	7%	36%	21%	36%
Neurocirugía	0%	6%	24%	70%

Tabla 152

Hay una leve diferencia en las respuestas respecto al sexo, más mujeres que hombres recuerdan haber recibido información oral. Sin embargo hay más hombres que mujeres que recuerdan haber recibido información escrita (tabla 153), (gráfica 144).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
RESPUESTA EN BLANCO	5	1,9%	13	5,1%
Oral	106	41,2%	107	42,3%
Escrita	58	22,6%	39	15,4%
Oral y escrita	88	34,2%	94	37,2%

Tabla 153

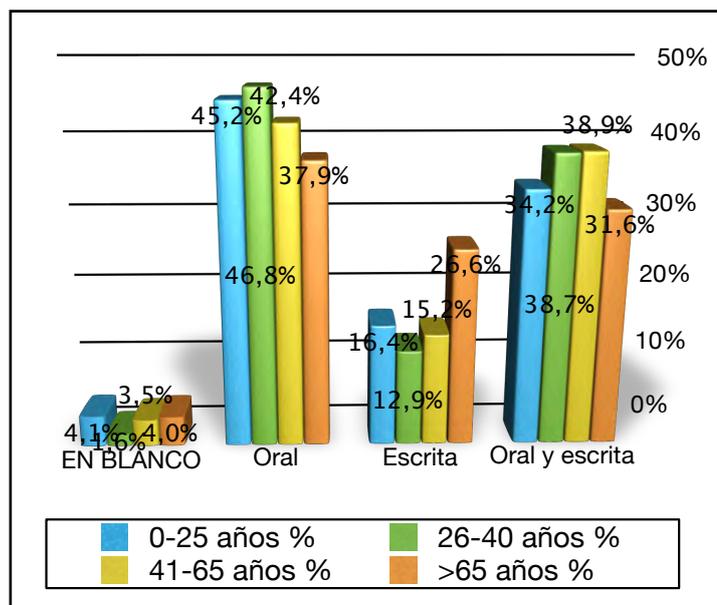


Gráfica 144

Los grupos de edad inferiores a 65 años son los que más información oral han recibido mientras que los mayores de 65 años son los que predominan entre los que afirman que la recibieron escrita (tabla 154), (gráfica 145).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
RESPUESTA EN BLANCO	3	4,1%	1	1,6%	7	3,5%	7	4,0%
Oral	33	45,2%	29	46,8%	84	42,4%	67	37,9%
Escrita	12	16,4%	8	12,9%	30	15,2%	47	26,6%
Oral y escrita	25	34,2%	24	38,7%	77	38,9%	56	31,6%

Tabla 154

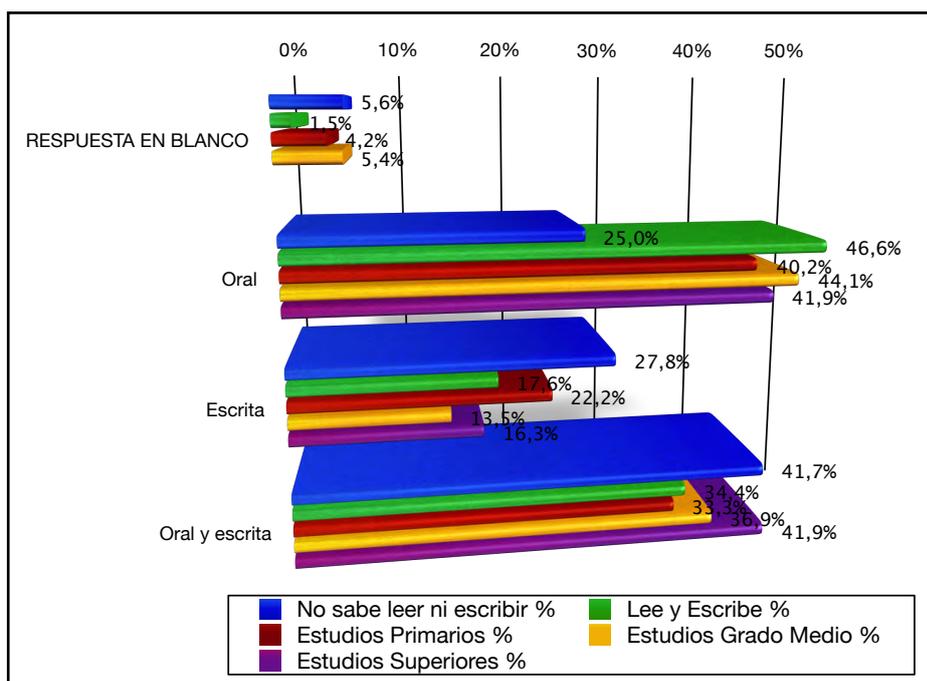


Gráfica 145

Los pacientes que no saben leer ni escribir recibieron la mayoría la información oral y escrita, el resto de los grupos refieren en su mayor parte haberla recibido sólo oral (tabla 155), (gráfica 146).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
RESPUESTA EN BLANCO	2	5,6%	2	1,5%	8	4,2%	6	5,4%	0	0,0%
Oral	9	25,0%	61	46,6%	76	40,2%	49	44,1%	18	41,9%
Escrita	10	27,8%	23	17,6%	42	22,2%	15	13,5%	7	16,3%
Oral y escrita	15	41,7%	45	34,4%	63	33,3%	41	36,9%	18	41,9%

Tabla 155



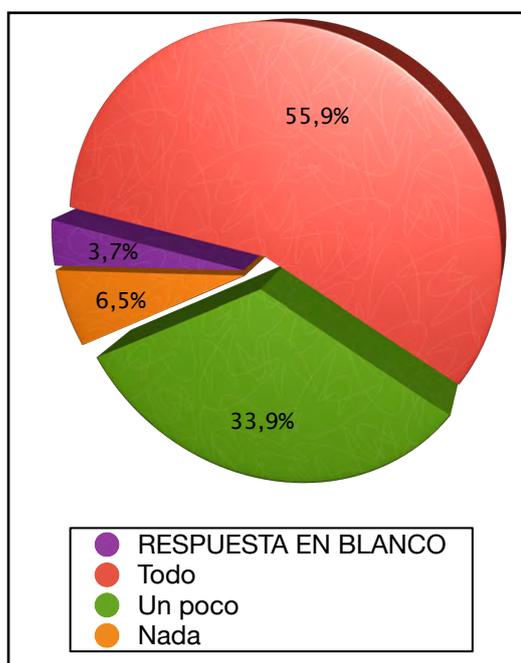
Gráfica 146

### 2.4.3. Comprensión de la información

“III.4.- ¿Comprendió las explicaciones que le dieron sobre la anestesia?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
RESPUESTA EN BLANCO	19	3,7%
Todo	285	55,9%
Un poco	173	33,9%
Nada	33	6,5%

Tabla 156



El 55,9% (285) lo comprendió en su totalidad, el 33,9% (173) sólo comprendió una parte y el 6,5% (33) no entendió nada de la información que le dieron. Dejaron sin responder esta pregunta el 3,7% (19) de los pacientes (tabla 156), (gráfica 147).

Las proporciones son significativas desde el punto de vista estadístico (p-valor 0,000), es decir, que no se deben al azar y, por tanto, pueden ampliarse al total de la población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 44 del anexo 2). Esto significa que la

mayoría de pacientes entendió todo en el caso de Cirugía Maxilofacial y Cirugía General y sólo entendieron un poco en el caso de Cirugía Cardíaca (tabla 157).

<i>Especialidad</i>	<i>En blanco</i>	<i>Todo</i>	<i>Un poco</i>	<i>Nada</i>
Urología	0%	59%	37%	4%
Cirugía General	3%	71%	23%	3%
Cirugía Cardíaca	0%	6%	61%	33%
ORL	0%	57%	32%	11%
Traumatología	5%	57%	34%	4%

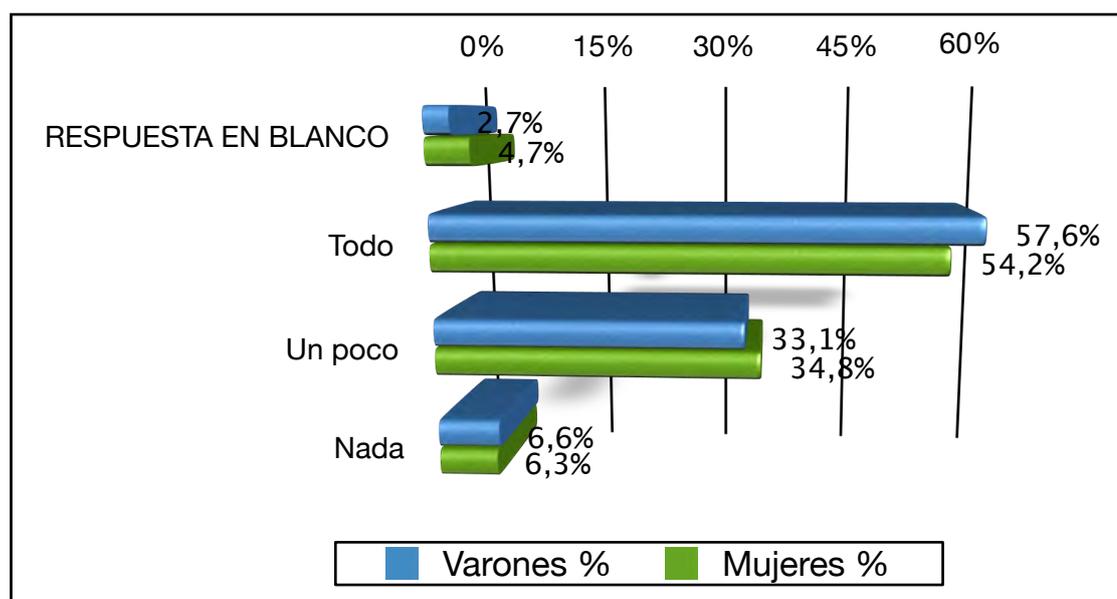
<i>Especialidad</i>	<i>En blanco</i>	<i>Todo</i>	<i>Un poco</i>	<i>Nada</i>
Oftalmología	6%	46%	46%	2%
Unidad de Dolor	4%	37%	52%	7%
Ginecología	9%	43%	37%	11%
C.Maxilofacial	6%	78%	10%	6%
C.Pediátrica	0%	54%	36%	10%
Neurocirugía	0%	35%	47%	18%

*Tabla 157*

Hay un ligero desequilibrio, descriptivamente hablando, respecto al sexo. La mayoría de los varones manifiestan una total comprensión de las explicaciones dadas (tabla 158), (gráfica 148).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
RESPUESTA EN BLANCO	7	2,7%	12	4,7%
Todo	148	57,6%	137	54,2%
Un poco	85	33,1%	88	34,8%
Nada	17	6,6%	16	6,3%

*Tabla 158*

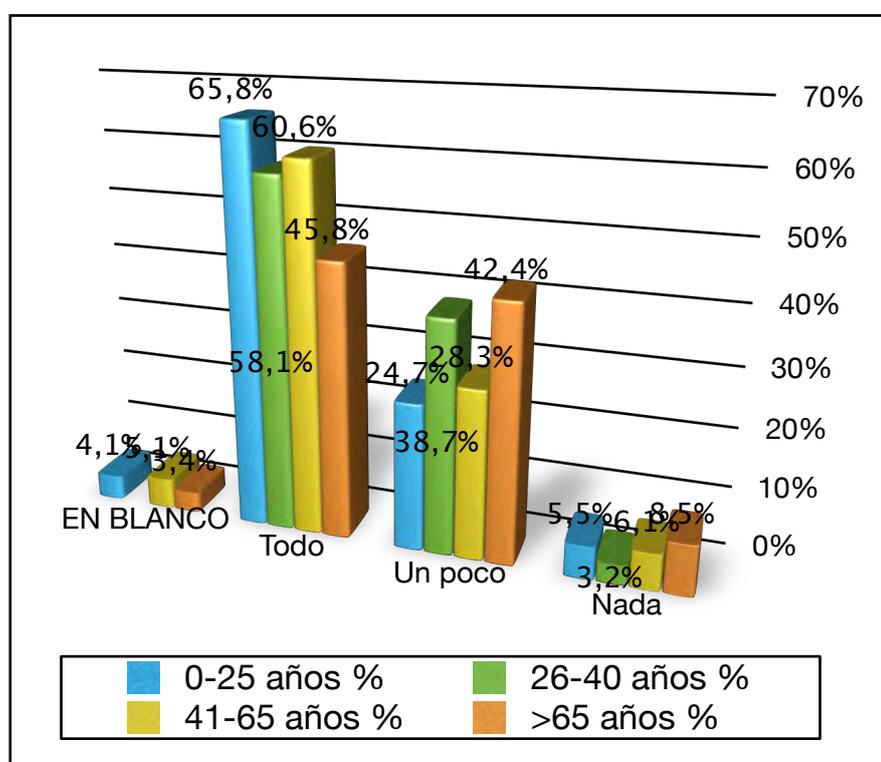


*Gráfica 148*

El grupo más joven es el que comprendió toda la información en su mayoría (tabla 159), (gráfica 149).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
RESPUESTA EN BLANCO	3	4,1%	0	0,0%	10	5,1%	6	3,4%
Todo	48	65,8%	36	58,1%	120	60,6%	81	45,8%
Un poco	18	24,7%	24	38,7%	56	28,3%	75	42,4%
Nada	4	5,5%	2	3,2%	12	6,1%	15	8,5%

Tabla 159

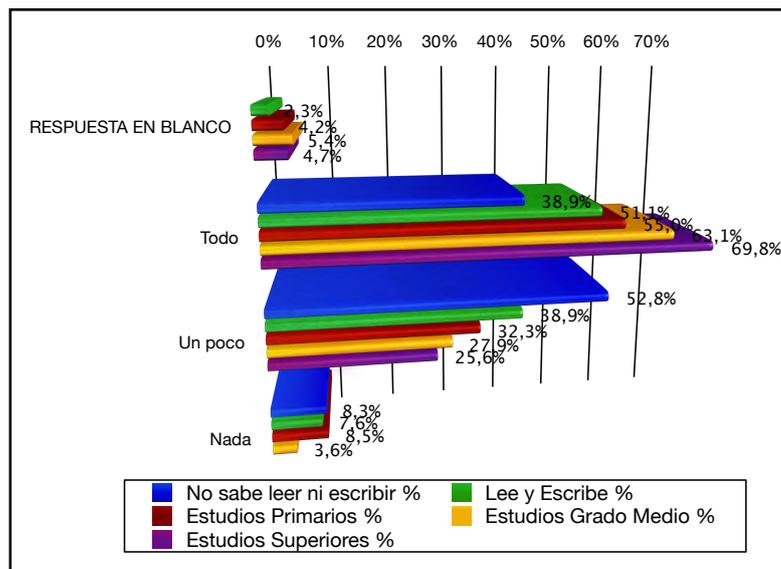


Gráfica 149

Lo mismo ocurre con el grupo de pacientes que tienen Estudios Superiores (tabla 160), (gráfica 150).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
RESPUESTA EN BLANCO	0	0,0%	3	2,3%	8	4,2%	6	5,4%	2	4,7%
Todo	14	38,9%	67	51,1%	104	55,0%	70	63,1%	30	69,8%
Un poco	19	52,8%	51	38,9%	61	32,3%	31	27,9%	11	25,6%
Nada	3	8,3%	10	7,6%	16	8,5%	4	3,6%	0	0,0%

Tabla 160



Gráfica 150

#### 2.4.4. Explicaciones

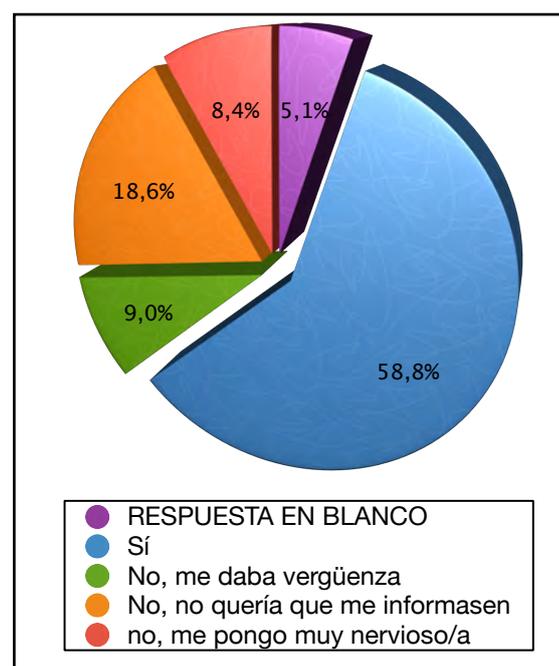
“III.5.- ¿Pidió explicaciones al anestesta sobre lo que no entendía?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
RESPUESTA EN BLANCO	26	5,1%
Si	300	58,8%
No, me daba vergüenza	46	9%
No, no quería que me informasen	95	18,6%
No, me pongo muy nervioso/a	43	8,4%

Tabla 161

Así vemos que el 58,8% (300) sí pidieron explicaciones, el 18,6% (95) no porque no querían más información, el 9% (46) no porque le daba vergüenza solicitar información adicional y el 8,4% (43) tampoco porque le producía demasiado nerviosismo. El 5,1% (26) restante dejó la pregunta sin contestar (tabla 161), (gráfica 151).

Desde un punto de vista estadístico, podemos afirmar que la respuesta es significativa al 95% y no se debe al azar (p-valor 0,000). También podemos decir que existe una relación alta de dependencia



Gráfica 151

entre la respuesta a esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 48 del anexo 2). Así como con el nivel de formación que poseen los encuestados (tabla 47 del anexo 2).

Se puede concluir que un porcentaje elevado de pacientes que han sido intervenidos en Cirugía Maxilofacial, C. Pediátrica, C. General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Unidad de Dolor y Urología sí que pidió explicaciones sobre lo que no entendía (tabla 162).

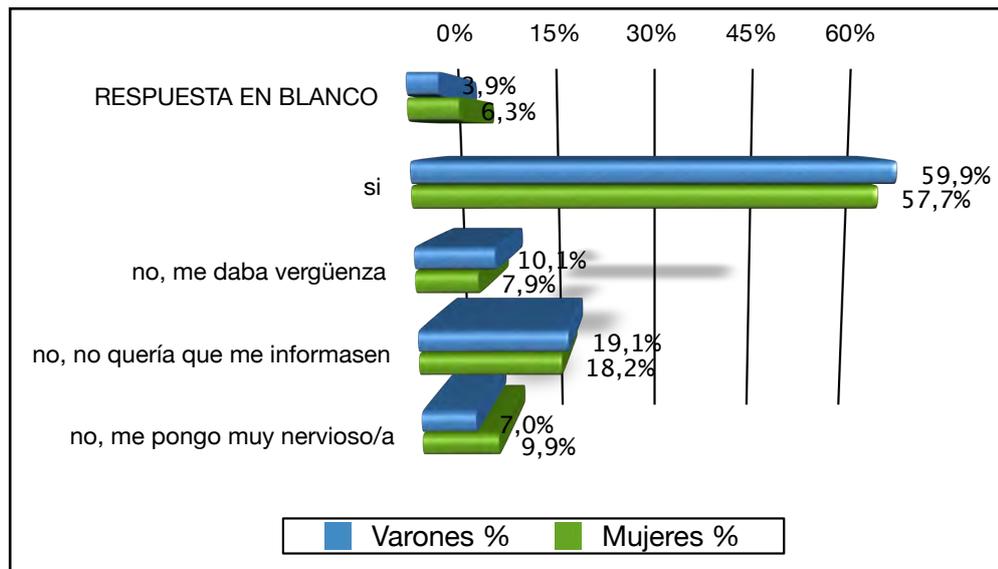
<i>Especialidad</i>	<i>En blanco</i>	<i>Si</i>	<i>No, vergüenza</i>	<i>No quería</i>	<i>No, muy nervioso</i>
Urología	0%	62%	19%	15%	4%
Cirugía General	5%	65%	17%	10%	3%
Cirugía Cardíaca	0%	22%	33%	28%	17%
ORL	0%	79%	7%	0%	14%
Traumatología	8%	50%	3%	34%	5%
Oftalmología	4%	63%	6%	10%	17%
Unidad de Dolor	4%	59%	11%	7%	19%
Ginecología	3%	54%	17%	14%	12%
C.Maxilofacial	11%	78%	0	0	11%
C.Pediátrica	4%	64%	14%	4%	14%
Neurocirugía	6%	47%	6%	29%	12%

*Tabla 162*

No hay una diferencia sustancial entre las respuestas que dan las mujeres y los hombres (tabla 163), (gráfica 152).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
RESPUESTA EN BLANCO	10	3,9%	16	6,3%
Si	154	59,9%	146	57,7%
No, me daba vergüenza	26	10,1%	20	7,9%
No, no quería que me informasen	49	19,1%	46	18,2%
No, me pongo muy nervioso/a	18	7,0%	25	9,9%

*Tabla 163*

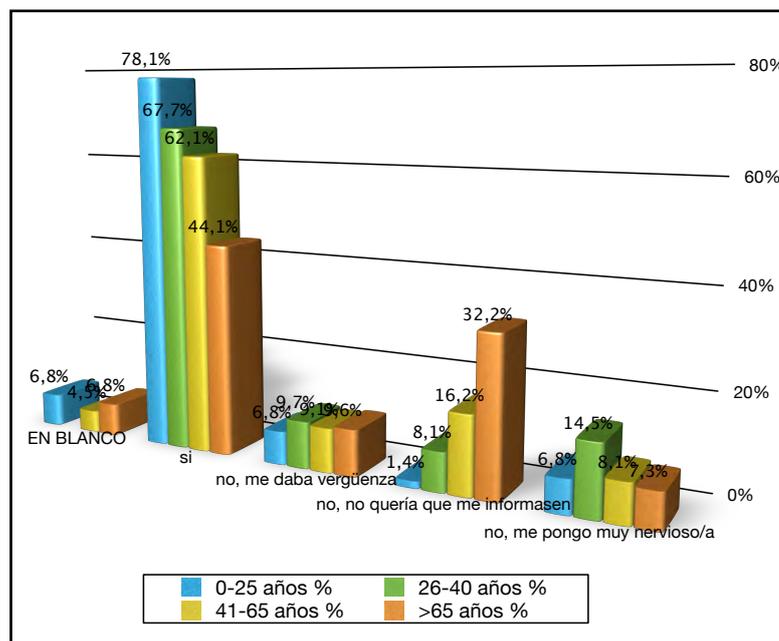


Gráfica 152

Pero sí la hay si distribuimos los pacientes en grupos de edad. Los menores de 25 años son los que solicitan más explicaciones, los que no lo hacen porque no quieren más información son principalmente los mayores de 65 años. La afirmación de dependencia es desde el punto de vista descriptivo, no estadístico (tabla 164), (gráfica 153).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
RESPUESTA EN BLANCO	5	6,8%	0	0,0%	9	4,5%	12	6,8%
Si	57	78,1%	42	67,7%	123	62,1%	78	44,1%
No, me daba vergüenza	5	6,8%	6	9,7%	18	9,1%	17	9,6%
No, no quería que me informasen	1	1,4%	5	8,1%	32	16,2%	57	32,2%
No, me pongo muy nervioso/a	5	6,8%	9	14,5%	16	8,1%	13	7,3%

Tabla 164

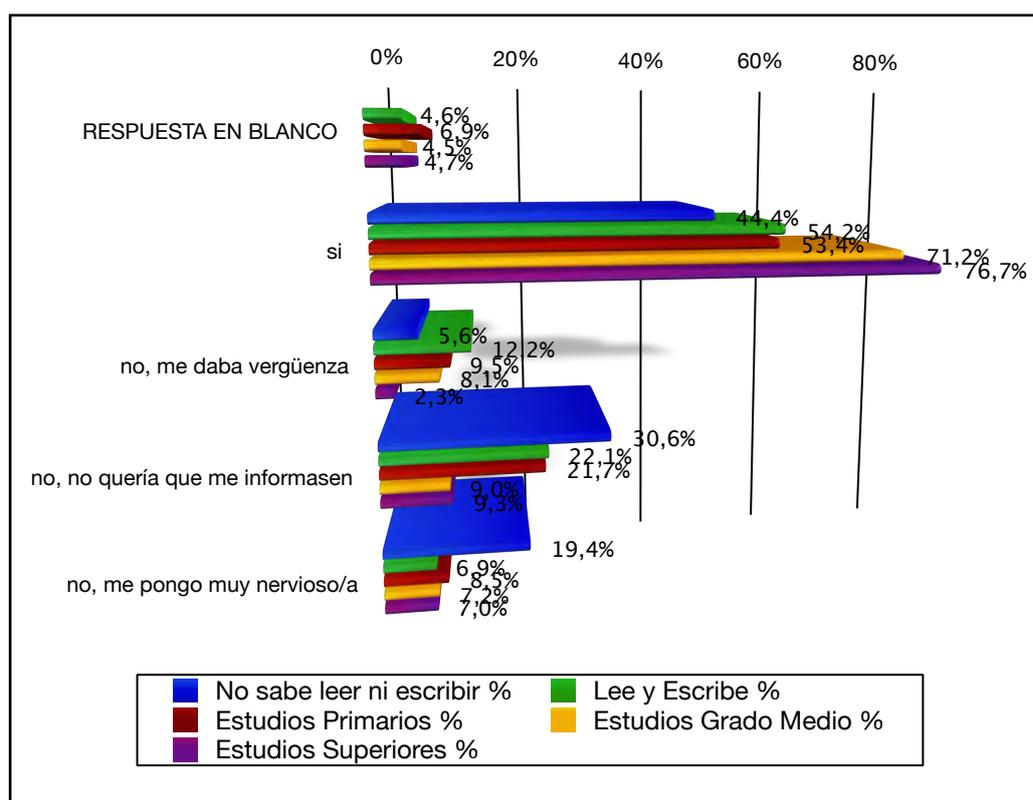


Gráfica 153

Los pacientes con Estudios Superiores demandan más explicaciones al anestesta, en cambio los que no saben leer ni escribir son los que destacan entre los que no piden más explicaciones bien porque no quieren recibir más información o porque les produce nerviosismo (tabla 165), (gráfica 154). Como ya hemos dicho hay una relación de dependencia, estadísticamente significativa, en esta variable.

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
RESPUESTA EN BLANCO	0	0,0%	6	4,6%	13	6,9%	5	4,5%	2	4,7%
Si	16	44,4%	71	54,2%	101	53,4%	79	71,2%	33	76,7%
No, me daba vergüenza	2	5,6%	16	12,2%	18	9,5%	9	8,1%	1	2,3%
No, no quería que me informasen	11	30,6%	29	22,1%	41	21,7%	10	9,0%	4	9,3%
No, me pongo muy nervioso/a	7	19,4%	9	6,9%	16	8,5%	8	7,2%	3	7,0%

Tabla 165



Gráfica 154

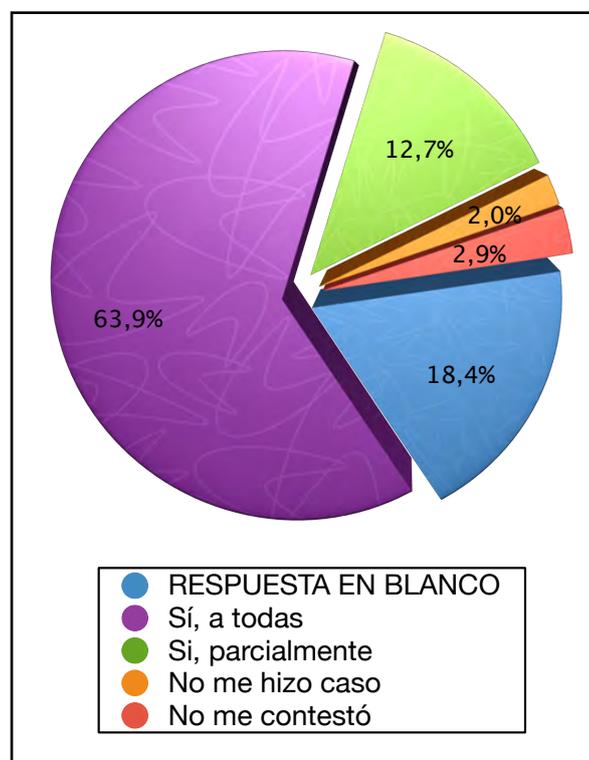
## 2.4.5. Respuesta a las dudas

“III.6.- ¿Le contestó el anestesta a las dudas que le planteó?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
RESPUESTA EN BLANCO	94	18,4%
Si, a todas	326	63,9%
Si, parcialmente	65	12,7%
No me hizo caso	10	2,0%
No me contestó	15	2,9%

Tabla 166

El 63,9% (326) dice que sí contestó a todas, el 12,7% (65) que sólo a algunas, el 2,9% (15) dicen que no contestó y el 2% (10) que no les hizo caso. En blanco dejaron la pregunta el 18,4% (94) de los pacientes. Destacamos ese 5% negativo.



Gráfica 155

Al realizar los contrastes de hipótesis, podemos afirmar, al 95%, que estos resultados son estadísticamente significativos (p-valor 0,000). Cuando analizamos los contrastes de independencia de esta cuestión, observamos como existe una relación de dependencia en la respuesta a esta pregunta con el nivel de estudios de los encuestados (tabla 51 del anexo 2) y con la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 52 del anexo 2). La relación con esta última quiere decir que la mayoría de los pacientes considera que el anestesta contestó a todas las dudas que le planteó cuando la cirugía era relativa a las especialidades de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología (tabla 167).

<i>Especialidad</i>	<i>En blanco</i>	<i>Si, a todas</i>	<i>Si, parcialmente</i>	<i>No me hizo caso</i>	<i>No me contestó</i>
Urología	4%	74%	11%	0%	11%
Cirugía General	17%	77%	6%	0%	1%
Cirugía Cardíaca	33%	28%	22%	17%	0%
ORL	7%	79%	11%	0%	4%
Traumatología	29%	50%	15%	3%	3%

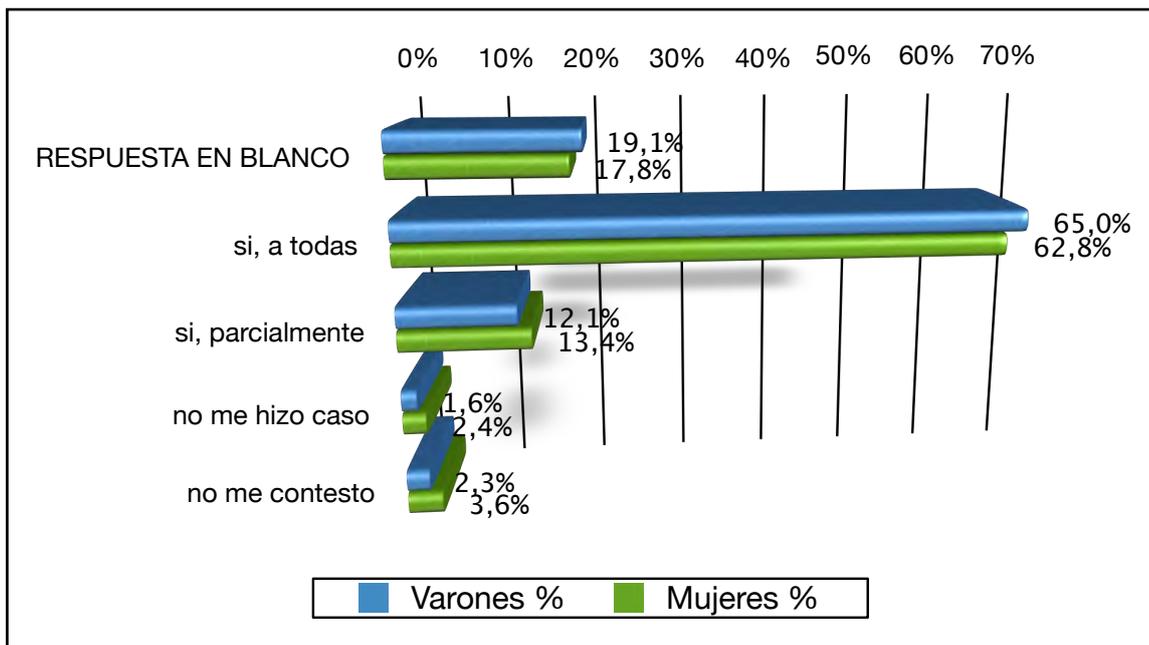
<i>Especialidad</i>	<i>En blanco</i>	<i>Si, a todas</i>	<i>Si, parcialmente</i>	<i>No me hizo caso</i>	<i>No me contestó</i>
Oftalmología	15%	71%	10%	2%	2%
Unidad de Dolor	7%	67%	26%	0%	0%
Ginecología	20%	51%	17%	3%	9%
C.Maxilofacial	11%	83%	6%	0%	0%
C.Pediátrica	7%	64%	18%	4%	7%
Neurocirugía	29%	47%	24%	0%	0%

Tabla 167

Los varones recibieron respuesta a sus dudas en más ocasiones que las mujeres (tabla 168), (gráfica 156).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
RESPUESTA EN BLANCO	49	19,1%	45	17,8%
Si, a todas	167	65,0%	159	62,8%
Si, parcialmente	31	12,1%	34	13,4%
No me hizo caso	4	1,6%	6	2,4%
No me contesto	6	2,3%	9	3,6%

Tabla 168

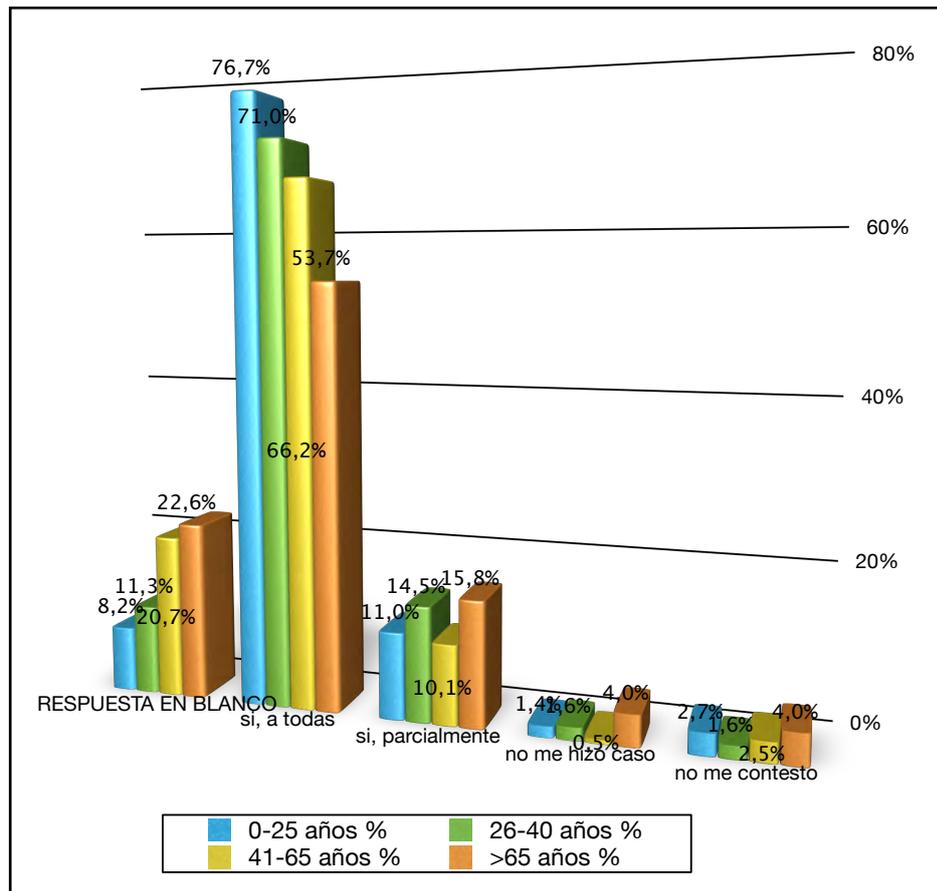


Gráfica 156

Si analizamos en función de los grupos de edad vemos, en la tabla 169 y gráfica 157, como los más jóvenes superan al resto en cuanto a haber recibido respuesta a todas sus dudas.

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
RESPUESTA EN BLANCO	6	8,2%	7	11,3%	41	20,7%	40	22,6%
Si, a todas	56	76,7%	44	71,0%	131	66,2%	95	53,7%
Si, parcialmente	8	11,0%	9	14,5%	20	10,1%	28	15,8%
No me hizo caso	1	1,4%	1	1,6%	1	0,5%	7	4,0%
No me contesto	2	2,7%	1	1,6%	5	2,5%	7	4,0%

Tabla 169

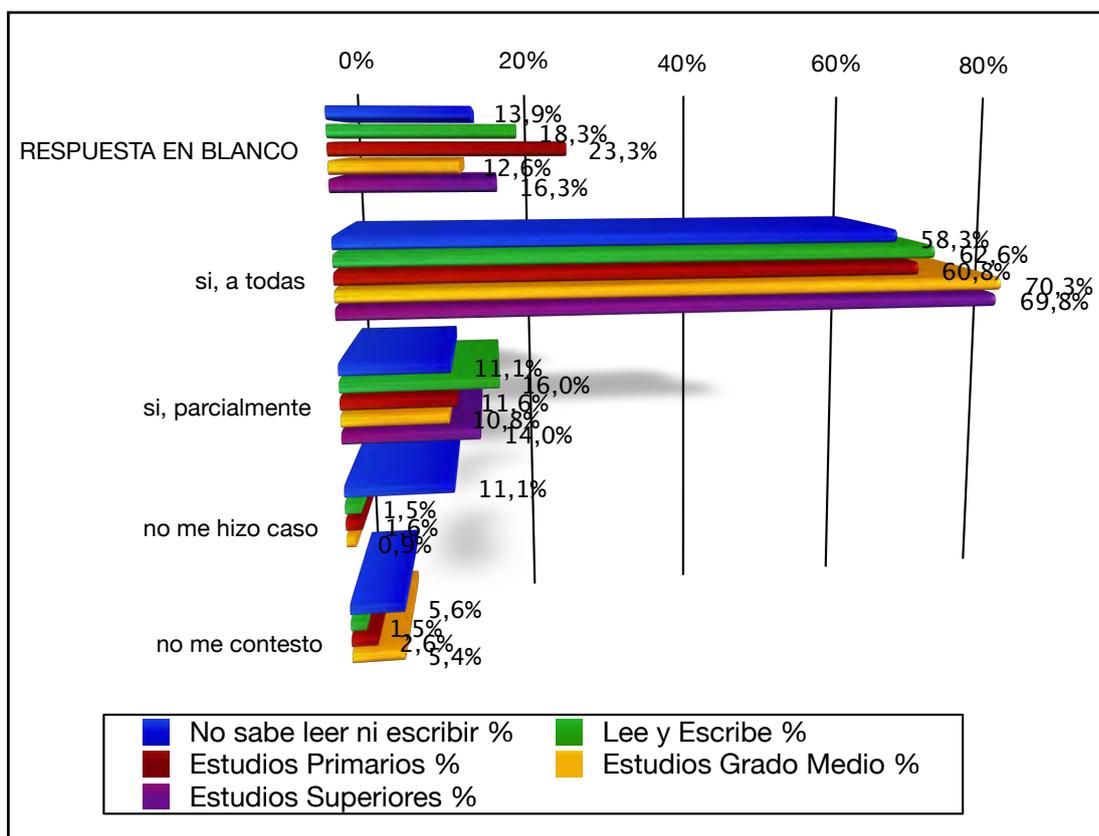


Gráfica 157

En cuanto al nivel de formación, también se aprecian diferencias ya que son los que tienen Estudios Medios y Superiores los que más refieren haber obtenido respuestas a las dudas planteadas al anestésico (tabla 170), (gráfica 158).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
RESPUESTA EN BLANCO	5	13,9%	24	18,3%	44	23,3%	14	12,6%	7	16,3%
Si, a todas	21	58,3%	82	62,6%	115	60,8%	78	70,3%	30	69,8%
Si, parcialmente	4	11,1%	21	16,0%	22	11,6%	12	10,8%	6	14,0%
No me hizo caso	4	11,1%	2	1,5%	3	1,6%	1	0,9%	0	0,0%
No me contesto	2	5,6%	2	1,5%	5	2,6%	6	5,4%	0	0,0%

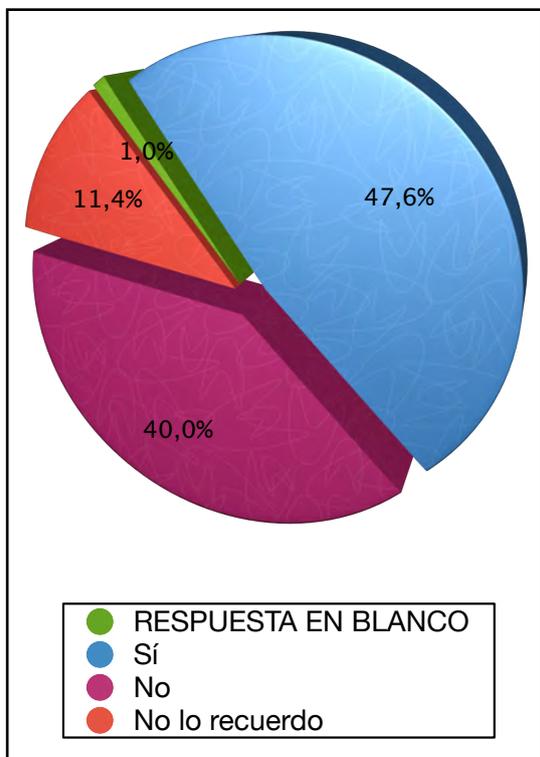
Tabla 170



Gráfica 158

## 2.4.6. Opciones de anestesia

“III.7.- Al explicarle el C.I. ¿le explicaron también las diferentes opciones de anestesia que se le podían practicar?”



Gráfica 159

Opciones	Respuestas	Porcentajes
RESPUESTA EN BLANCO	5	1,0%
Sí	243	47,6%
No	204	40,0%
No lo recuerdo	58	11,4%

Tabla 171

Se las explicaron al 47,6% (243) de los pacientes, no lo hicieron en el 40% (204) y no lo recuerdan el 11,4% (58) de ellos. No respondieron a esta pregunta el 1% (5) de los encuestados (tabla 171), (gráfica 159).

Es de destacar ese 40% al que no se le ofrecen alternativas en la técnica anestésica. Es natural que así sea, puesto que hay intervenciones que sólo son susceptibles de realizarse con una de esas técnicas exclusivamente. No hay, pues, alternativa que explicar. Por otra parte, no siempre el anestesiólogo que está llevando a cabo el proceso de C.I., va a realizar el acto anestésico. De ahí que no se involucre demasiado en esta cuestión, lo que concuerda con la respuesta obtenida a una pregunta similar realizada a los facultativos.

Al realizar el contraste de hipótesis obtenemos unos resultados estadísticamente significativos al 95% (p-valor 0,00), lo que quiere decir que no se deben al azar. Si estudiamos la relación de dependencia con otras variables, vemos como la respuesta a esta pregunta depende con una significación del 95% de la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 56 del anexo 2). Esto quiere decir que a la mayoría de los pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca, Cirugía Pediátrica, Otorrinolaringología y Unidad de Dolor no les explicaron las diferentes opciones de anestesia posibles (tabla 172).

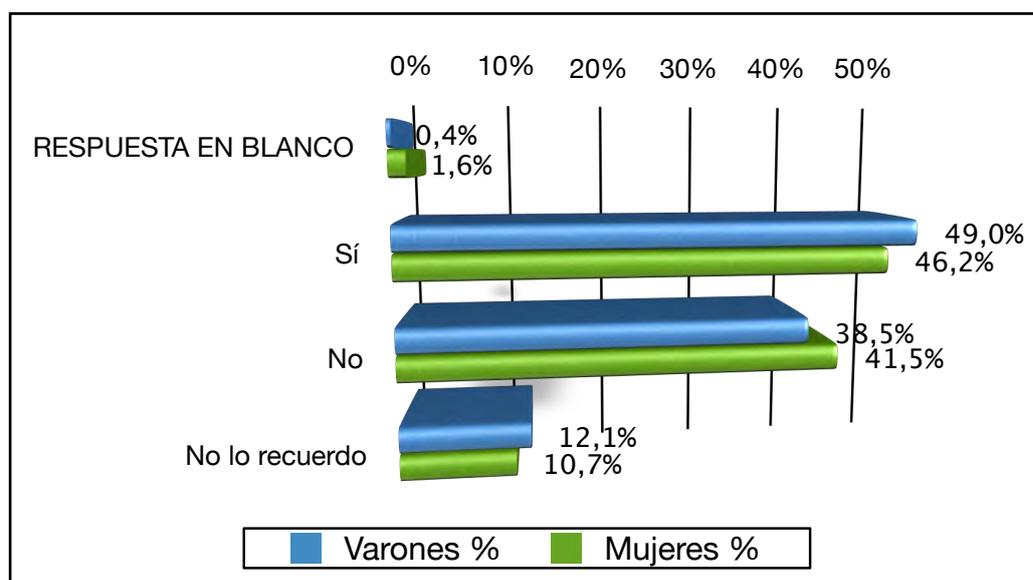
<i>Especialidad</i>	<i>En blanco</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No lo recuerdo</i>
Urología	0%	63%	22%	15%
Cirugía General	2%	62%	26%	11%
Cirugía Cardíaca	0%	11%	83%	6%
ORL	0%	21%	57%	21%
Traumatología	2%	48%	44%	7%
Oftalmología	2%	44%	40%	15%
Unidad de Dolor	0%	33%	52%	15%
Ginecología	0%	37%	49%	14%
C.Maxilofacial	0%	89%	11%	0%
C.Pediátrica	0%	36%	54%	11%
Neurocirugía	0%	24%	47%	29%

Tabla 172

Hay un ligero predominio de hombres sobre mujeres en la respuesta positiva a la pregunta formulada (tabla )173, (gráfica 160).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
RESPUESTA EN BLANCO	1	0,4%	4	1,6%
Sí	126	49,0%	117	46,2%
No	99	38,5%	105	41,5%
No lo recuerdo	31	12,1%	27	10,7%

Tabla 173

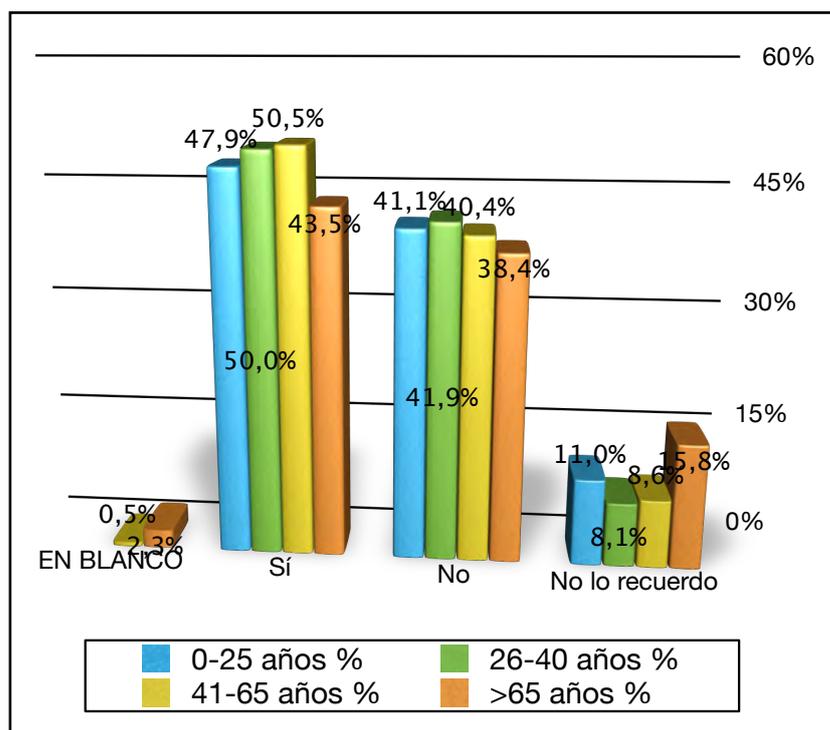


Gráfica 160

Los pacientes comprendidos entre los 26 y los 65 años son los que más explicaciones recibieron acerca de las diferentes anestias que se les podía practicar (tabla 174), (gráfica 161).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
RESPUESTA EN BLANCO	0	0,0%	0	0%	1	0,5%	4	2,3%
Sí	35	47,9%	31	50,0%	100	50,5%	77	43,5%
No	30	41,1%	26	41,9%	80	40,4%	68	38,4%
No lo recuerdo	8	11,0%	5	8,1%	17	8,6%	28	15,8%

Tabla 174

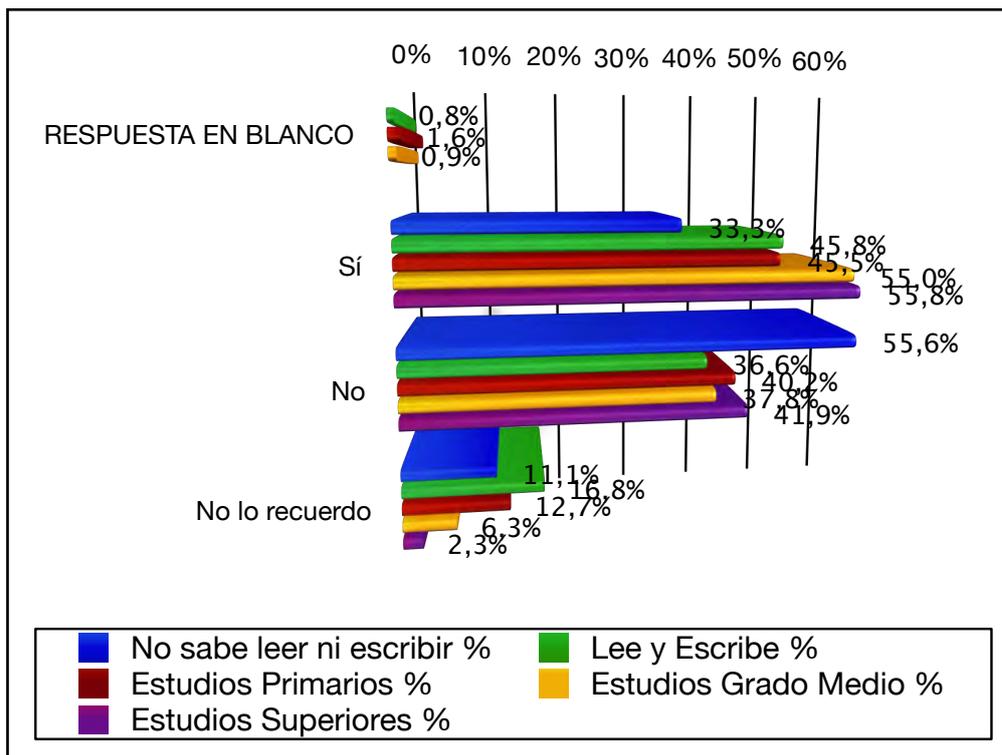


Gráfica 161

En la distribución por formación destaca que los que no saben leer ni escribir son los que en su mayor parte refieren no haber recibido explicaciones sobre las diferentes opciones de anestesia y en cambio la mayor parte de los que sí las recibieron son los que poseen Estudios Superiores y Medios (tabla 175), (gráfica 162). No hay una relación de dependencia estadísticamente hablando, pero sí que la hay descriptiva y está en concordancia con respuestas anteriores enfrentadas a esta variable.

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
RESPUESTA EN BLANCO	0	0%	1	0,8%	3	1,6%	1	0,9%	0	0%
Sí	12	33,3%	60	45,8%	86	45,5%	61	55,0%	24	55,8%
No	20	55,6%	48	36,6%	76	40,2%	42	37,8%	18	41,9%
No lo recuerdo	4	11,1%	22	16,8%	24	12,7%	7	6,3%	1	2,3%

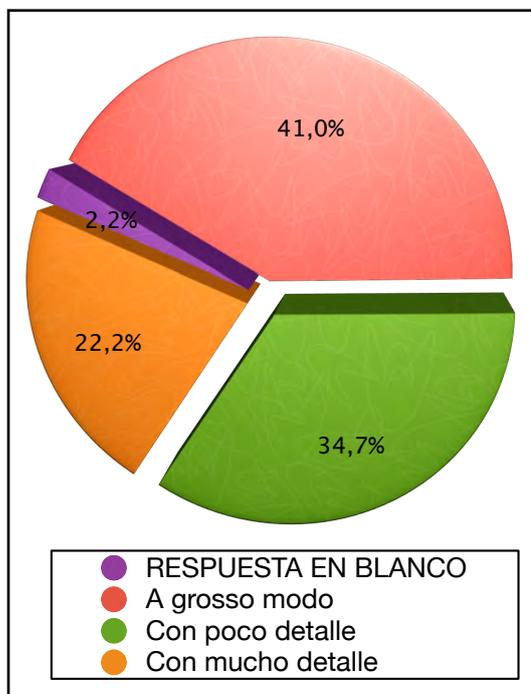
Tabla 175



Gráfica 162

### 2.4.7. Explicación de los riesgos

“III.8.- Los riesgos de la anestesia ¿cómo se los explicaron?”



Opciones	Respuestas	Porcentajes
RESPUESTA EN BLANCO	11	2,2%
a “grosso modo”	209	41,0%
con poco detalle	177	34,7%
con mucho detalle	113	22,2%

Tabla 176

El 41% ( 209) opina que la explicación fue a grosso modo, es decir, a grandes rasgos. El 34,7% (177) opinan que les dieron una explicación poco detallada pero el 22,2% (113) que fue con gran detalle. El 2,2% (11) no respondieron a la pregunta (tabla 176), (gráfica 163).

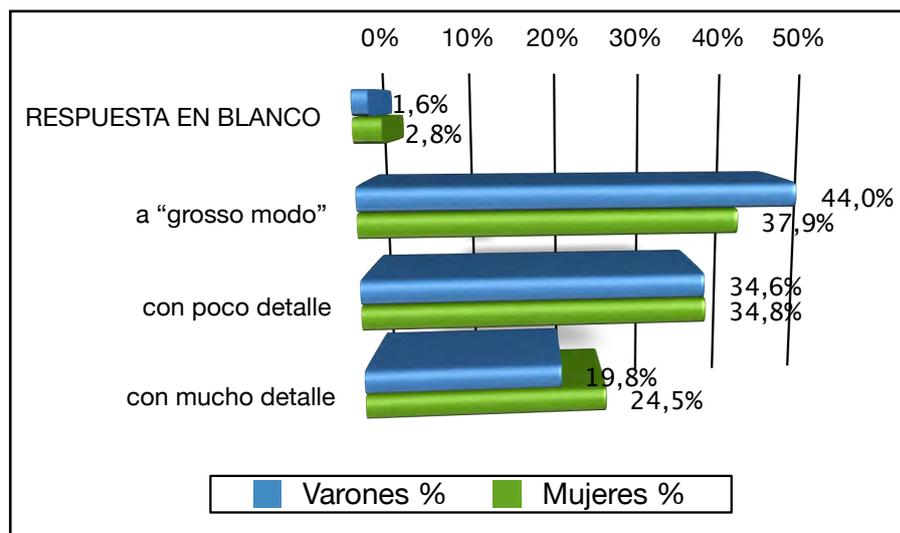
Gráfica 163

Los resultados obtenidos en esta cuestión, son estadísticamente significativos al 95% (p-valor 0,000), lo que quiere decir que no se deben al azar y que los resultados son extensibles a la población. Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia muy alta entre la respuesta dada esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 60 del anexo 2).

Los varones son los que en su mayoría opinan que las explicaciones son a “grosso modo” (tabla 177), (gráfica 164).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
RESPUESTA EN BLANCO	4	1,6%	7	2,8%
a “grosso modo”	113	44,0%	96	37,9%
con poco detalle	89	34,6%	88	34,8%
con mucho detalle	51	19,8%	62	24,5%

*Tabla 177*

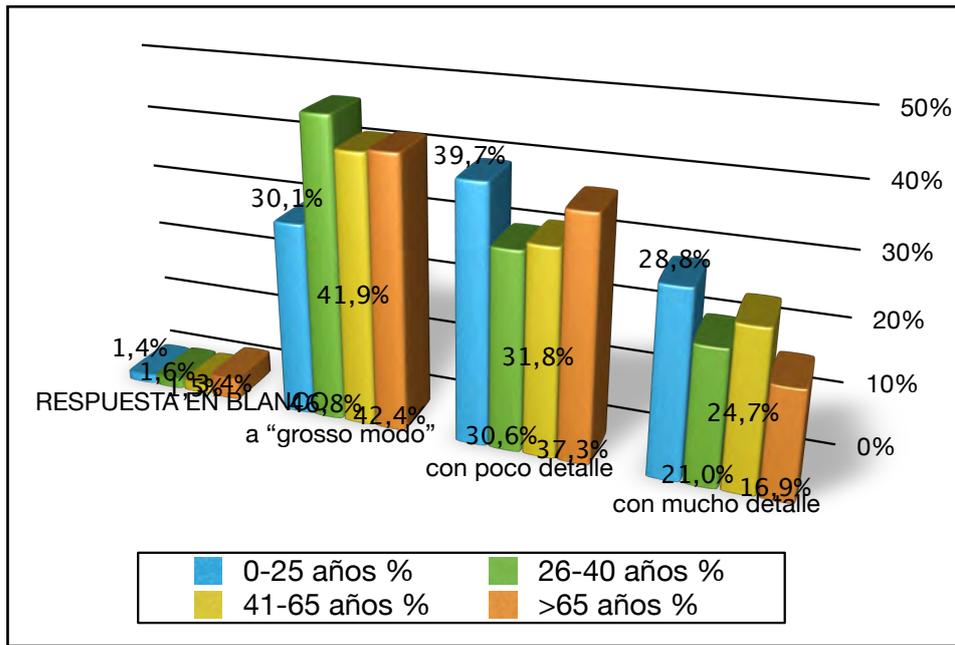


*Gráfica 164*

Lo mismo ocurre con los pacientes con edades comprendidas entre los 26 y los 40 años. Sin embargo los menores de 25 años creen que la información recibida es poco detallada (tabla 178), (gráfica 165).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
RESPUESTA EN BLANCO	1	1,4%	1	1,6%	3	1,5%	6	3,4%
a “grosso modo”	22	30,1%	29	46,8%	83	41,9%	75	42,4%
con poco detalle	29	39,7%	19	30,6%	63	31,8%	66	37,3%
con mucho detalle	21	28,8%	13	21,0%	49	24,7%	30	16,9%

*Tabla 178*

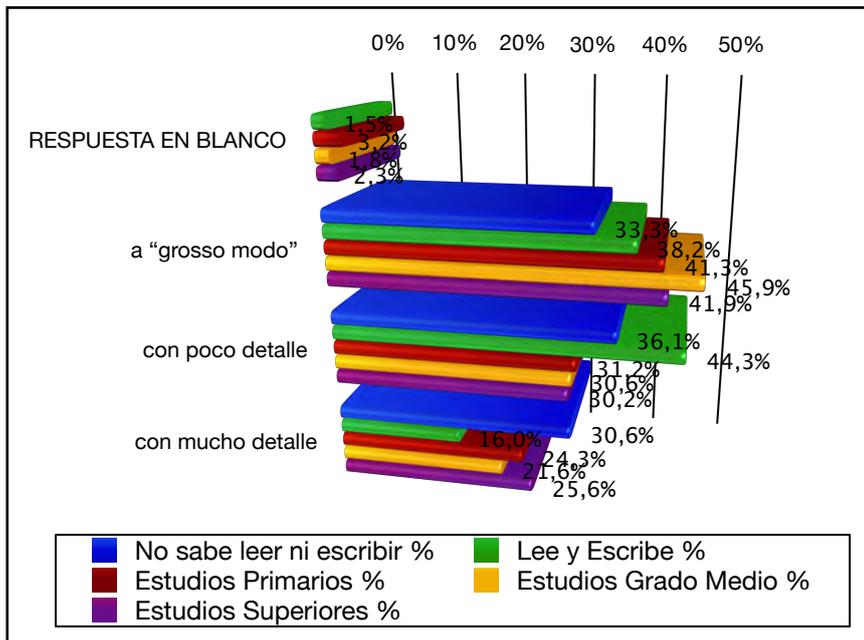


Gráfica 165

Estamos de acuerdo con que la percepción de una explicación técnica, aún la ajena a la propia formación, está en relación directa con el nivel formativo que el receptor posee. Las respuestas obtenidas así lo reflejan (tabla 179), (gráfica 166).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
RESPUESTA EN BLANCO	0	0%	2	1,5%	6	3,2%	2	1,8%	1	2,3%
a "grosso modo"	12	33,3%	50	38,2%	78	41,3%	51	45,9%	18	41,9%
con poco detalle	13	36,1%	58	44,3%	59	31,2%	34	30,6%	13	30,2%
con mucho detalle	11	30,6%	21	16,0%	46	24,3%	24	21,6%	11	25,6%

Tabla 179



Gráfica 166

## 2.4.8. Calificación de la información

“III.9.- En general ¿cómo calificaría la información recibida?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Suficiente	407	79,8%
Insuficiente	103	20,2%

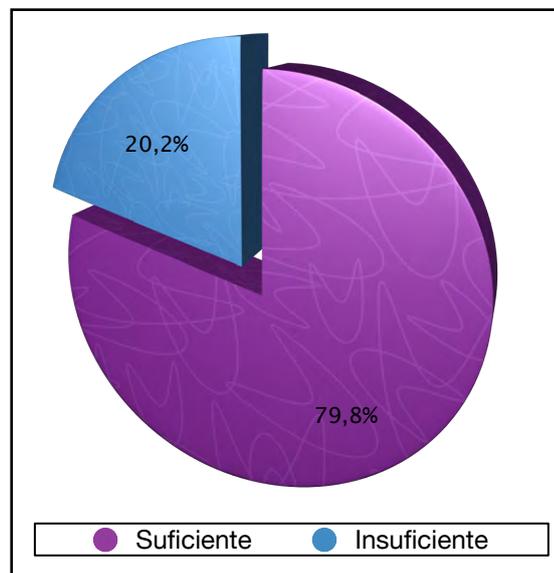
Tabla 180

Al 79,8% (407) le parece suficiente y sólo al 20,2% (103) insuficiente (tabla 180), (gráfica 167).

Los resultados a esta pregunta son estadísticamente significativos al 95% (p-valor 0,000). Al realizar los contrastes de independencia

entre diferentes variables y esta cuestión, concluimos

que existe relación con la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 64 del anexo 2). Esto implica que un porcentaje muy elevado de pacientes intervenidos en las especialidades de Cirugía Cardíaca, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía General, Oftalmología y Urología consideran suficiente la información que recibieron (tabla 181).



Gráfica 167

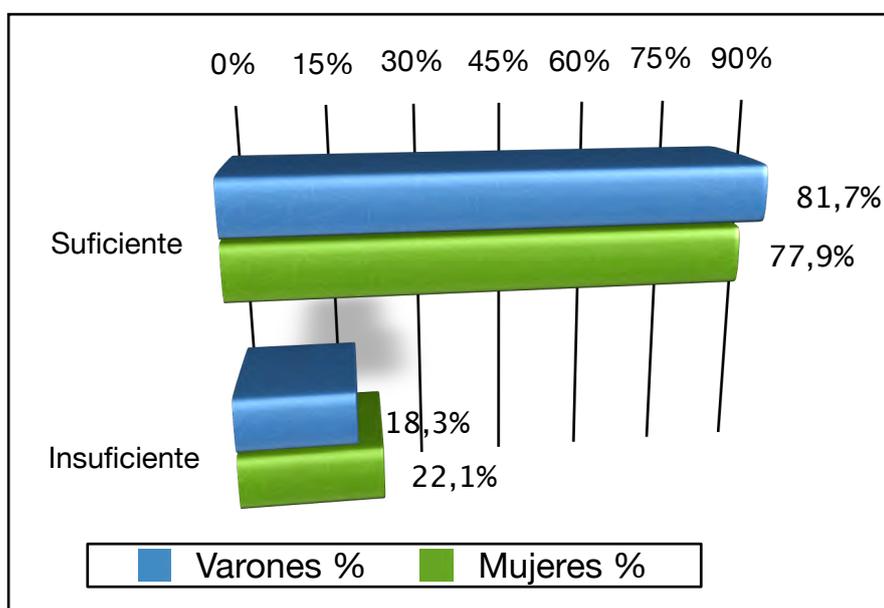
<i>Especialidad</i>	<i>Suficiente</i>	<i>Insuficiente</i>
Urología	93%	7%
Cirugía General	92%	8%
Cirugía Cardíaca	83%	17%
ORL	61%	39%
Traumatología	70%	30%
Oftalmología	81%	19%
Unidad de Dolor	70%	30%
Ginecología	77%	23%
C.Maxilofacial	89%	11%
C.Pediátrica	82%	18%
Neurocirugía	71%	29%

Tabla 181

Aunque las respuestas distribuidas por sexo son bastante similares, destaca ligeramente la opinión de los varones que creen que en su mayoría la información recibida es suficiente (tabla 182), (gráfica 168).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Suficiente	210	81,7%	197	77,9%
Insuficiente	47	18,3%	56	22,1%

*Tabla 182*

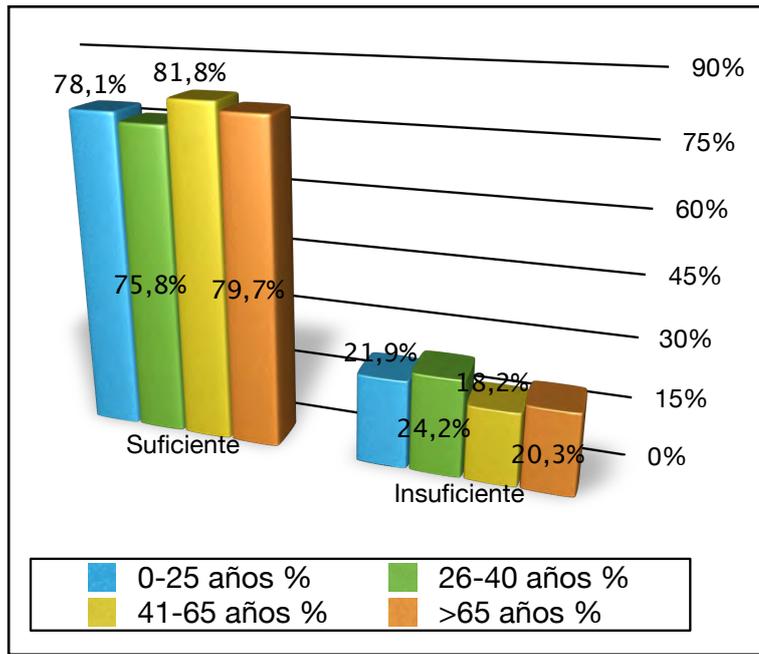


*Gráfica 168*

De todas las respuestas, el grupo de 41-65 años destaca entre los pacientes que creen que la información recibida es suficiente. Entre los que la consideran insuficiente predominan pacientes con edades comprendidas entre los 26 y 40 años. Aunque hay que hacer notar que las diferencias, descriptivamente hablando, son pequeñas (tabla 183), (gráfica 169).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
Suficiente	57	78,1%	47	75,8%	162	81,8%	141	79,7%
Insuficiente	16	21,9%	15	24,2%	36	18,2%	36	20,3%

*Tabla 183*

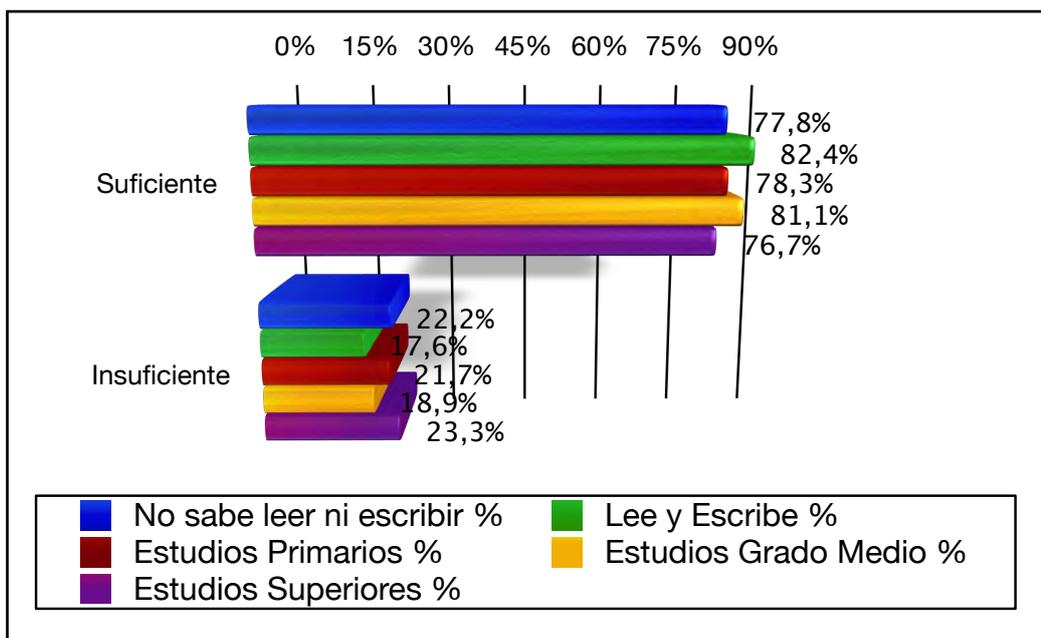


Gráfica 169

Los más conformes con la información recibida saben leer y escribir. Entre los que la consideran insuficiente destacan los que tienen Estudios Superiores (tabla 184), (gráfica 170).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Suficiente	28	77,8%	108	82,4%	148	78,3%	90	81,1%	33	76,7%
Insuficiente	8	22,2%	23	17,6%	41	21,7%	21	18,9%	10	23,3%

Tabla 184



Gráfica 170

#### **2.4.9. Discusión**

Abordábamos, en el anterior bloque, la actitud del paciente ante el proceso de C.I. y, dentro de él, la parte correspondiente a la información. En este apartado nos hemos referido a cómo la percibe, cómo la asume, cuánto quiere saber y cómo reacciona ante todo ello. Pero, colateralmente, también atendemos a cómo se le proporciona, pues de ello dependerán las otras circunstancias.

En primer lugar destacamos que los compañeros del Servicio a juicio de los pacientes, cumplen con el deber de información, personalmente, en cantidad y calidad suficiente, lo que se va a traducir en un alto grado de comprensión por parte de aquellos. Y que la posibilidad de ampliar ésta es, no solamente ofrecida, como vimos en su momento, sino que tiene una respuesta positiva por parte de los profesionales con los condicionantes que ya hemos explicado en cuanto a las técnicas alternativas posibles.

No es fácil interpretar la respuesta a la explicación de los riesgos. Entramos en el mundo de las percepciones que se da, además, en una situación de estrés, como es el enfrentarse a una intervención quirúrgica. Aquí es cuando la relación de asimetría médico paciente alcanza una de sus más altas cotas. Por otra parte, la explicación técnica de riesgos, a los que el profesional también teme, no es fácil. No obstante, y teniendo en cuenta que el 80% califica la información recibida de suficiente, no parece que las cosas se hagan muy mal en este servicio, y en este asunto concreto.

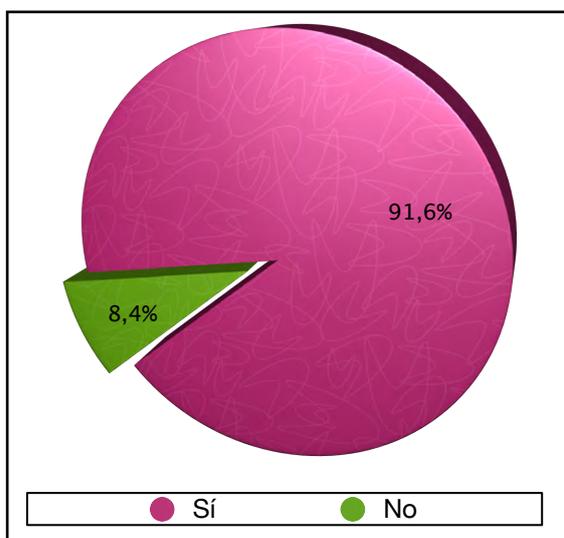
Como hemos visto, todas las respuestas son significativas estadísticamente y, por tanto, los resultados obtenidos son trasladables a la totalidad de la población.

## 2.5. Capacidad de decisión

Hemos de hacer la aclaración que la encuesta la realiza el paciente capaz o, en el caso de minoría de edad y/o discapacidad, su representante legal. Analizamos, pues, capacidad para poder decidir.

### 2.5.1. Capacidad según la información recibida

“IV.1.- Con la información recibida ¿se considera capacitado para tomar la decisión de que le anestesien?”



Gráfica 171

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	467	91,6%
No	43	8,4%

Tabla 185

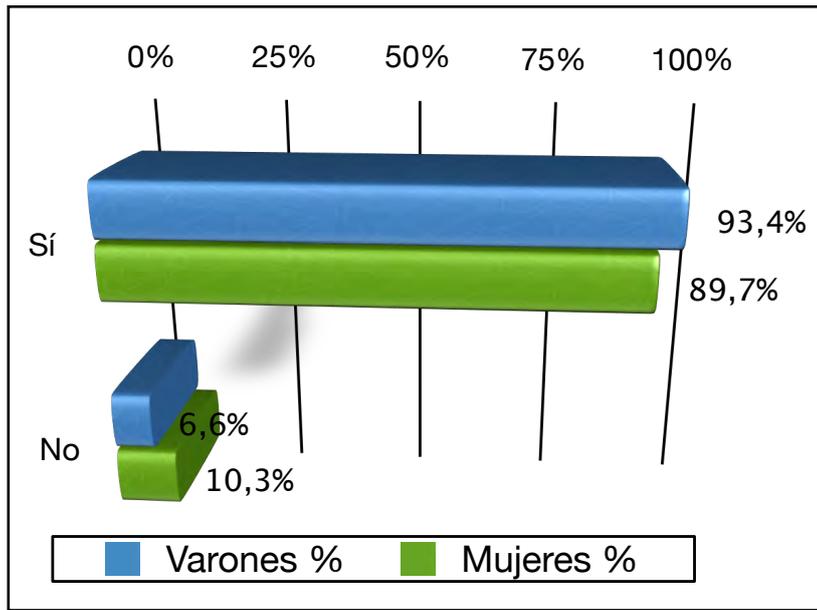
El 91,6% (467) se considera suficientemente capacitado para que lo anestesien según la información que ha recibido y el 8,4% (43) opinan lo contrario (tabla 185), (gráfica 171).

Los resultados a esta pregunta pueden extrapolarse al resto de la población ya que son estadísticamente significativos en un 95% (p-valor 0,000).

Las respuestas en base al sexo son bastante similares pero hay que puntualizar que los hombres son los que más respuestas positivas dieron (tabla 186), (gráfica 172).

Opciones	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	240	93,4%	227	89,7%
No	17	6,6%	26	10,3%

Tabla 186

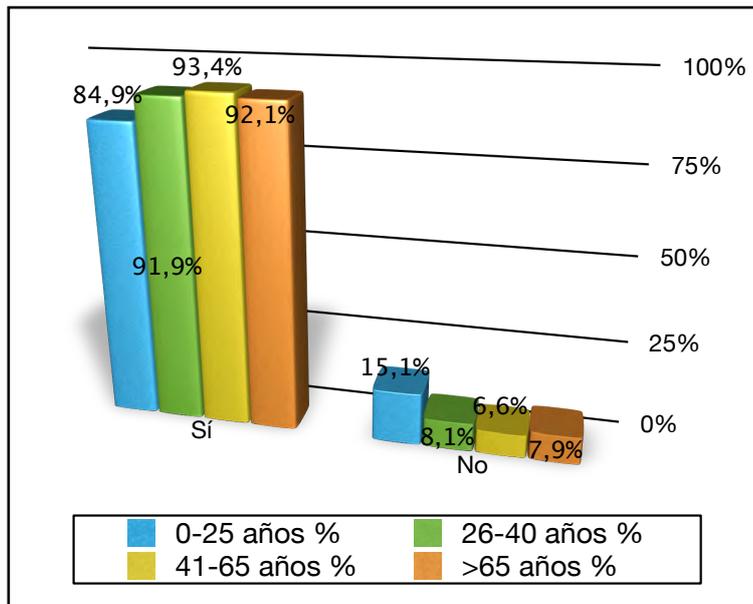


Gráfica 172

A medida que aumenta la edad, más fácil les resulta tomar la decisión con la información obtenida (tabla 187), (gráfica 173).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	62	84,9%	57	91,9%	185	93,4%	163	92,1%
No	11	15,1%	5	8,1%	13	6,6%	14	7,9%

Tabla 187

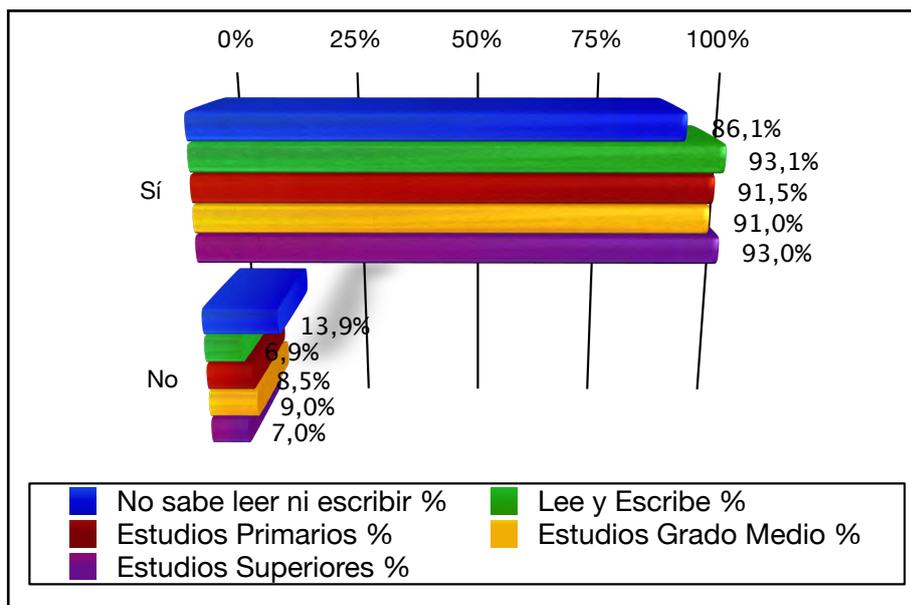


Gráfica 173

Hay muy poca discrepancia en las respuestas en cuanto a la distribución en base al nivel de formación de los pacientes (tabla 188), (gráfica 174).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	31	86,1%	122	93,1%	173	91,5%	101	91,0%	40	93,0%
No	5	13,9%	9	6,9%	16	8,5%	10	9,0%	3	7,0%

Tabla 188



Gráfica 174

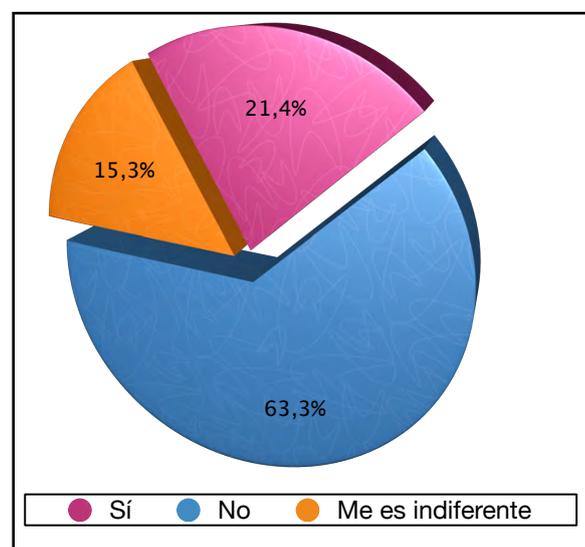
## 2.5.2. Preferencias de destino de la información

“IV.2.- ¿Preferiría que la información se la dieran a su familia en vez de a Vd.?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	109	21,4%
No	323	63,3%
Me es indiferente	78	15,3%

Tabla 189

Podemos ver que, si bien es cierto que al 15,3% (78) le da igual, la mayoría prefiere que se le informe a él y no a su familia. Suponemos que en



Gráfica 175

este grupo se encuentran incluidos los que no quieren ser informados.

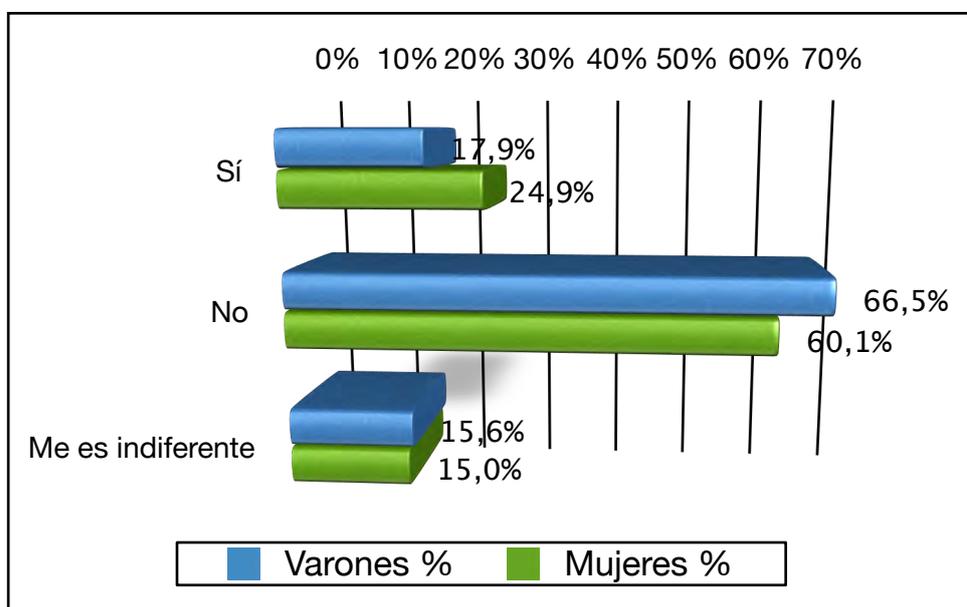
Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Al ser significativos al 95% (p-valor 0,000), se pueden generalizar los resultados al resto de población.

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada esta pregunta y la edad del encuestado (tabla 69 del anexo 2). También existe dependencia con el nivel de formación que tienen los pacientes (tabla 71 del anexo 2).

La mayoría de los varones no quieren que la información se la proporcionen a la familia en lugar de a ellos. Sin embargo, estas diferencias no son significativas desde el punto de vista estadístico (tabla 190), (gráfica 176).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Sí	46	17,9%	63	24,9%
No	171	66,5%	152	60,1%
Me es indiferente	40	15,6%	38	15,0%

Tabla 190



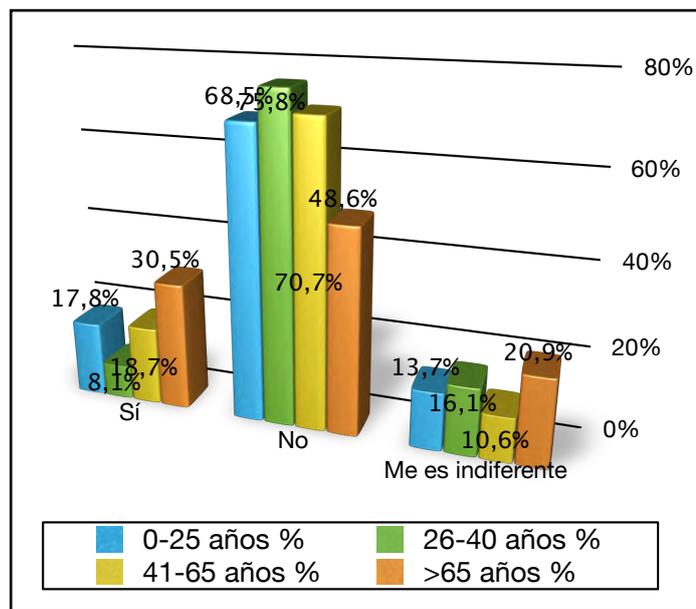
Gráfica 176

Destacan los jóvenes entre 26 y 40 años a la hora de no querer que informen a la familia en lugar de al paciente. En cambio, los mayores de 65 años son los que predominan en el grupo que respondió afirmativamente (tabla 191), (gráfica 177). Esta relación de dependencia entre la

respuesta dada a esta pregunta y la edad del paciente es significativa desde el punto de vista estadístico.

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	13	17,8%	5	8,1%	37	18,7%	54	30,5%
No	50	68,5%	47	75,8%	140	70,7%	86	48,6%
Me es indiferente	10	13,7%	10	16,1%	21	10,6%	37	20,9%

Tabla 191

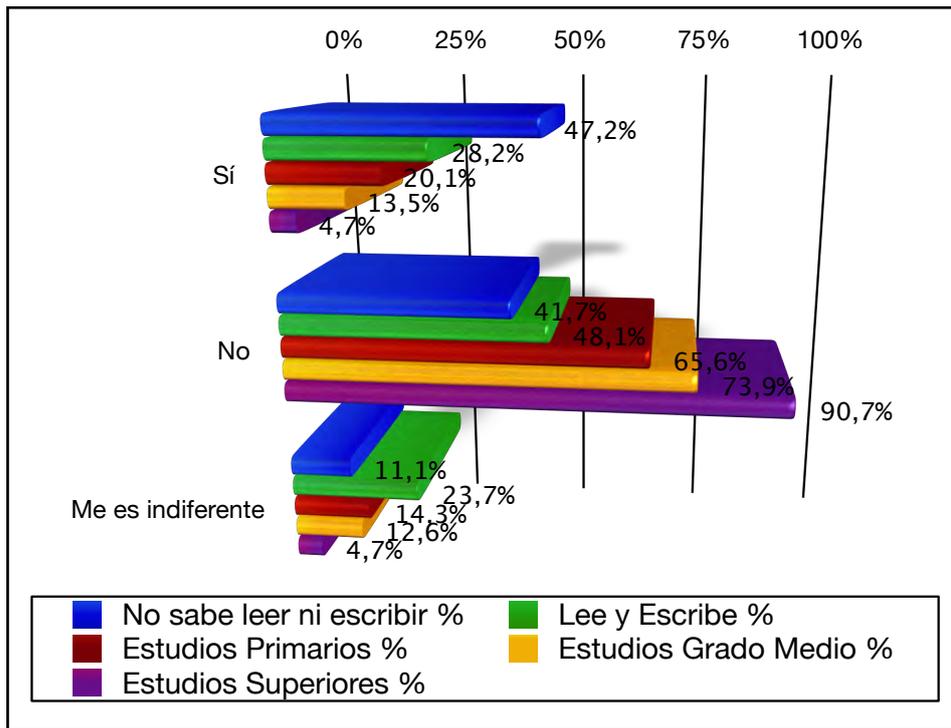


Gráfica 177

Los que tienen Estudios Superiores contestaron que no, frente a los que no saben leer y escribir que respondieron sí en un porcentaje muy alto. Dada la relación que existe entre respuesta y formación del paciente, podemos concluir que, a medida que un paciente tiene mayor formación intelectual, aumenta la probabilidad de que prefiera que le informen a él en lugar de a su familia. Y cuanto menor nivel formativo, mayor la probabilidad de preferir que informen a su familia (tabla 192), (gráfica 178).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Sí	17	47,2%	37	28,2%	38	20,1%	15	13,5%	2	4,7%
No	15	41,7%	63	48,1%	124	65,6%	82	73,9%	39	90,7%
Me es indiferente	4	11,1%	31	23,7%	27	14,3%	14	12,6%	2	4,7%

Tabla 192



Gráfica 178

### 2.5.3. Valoración

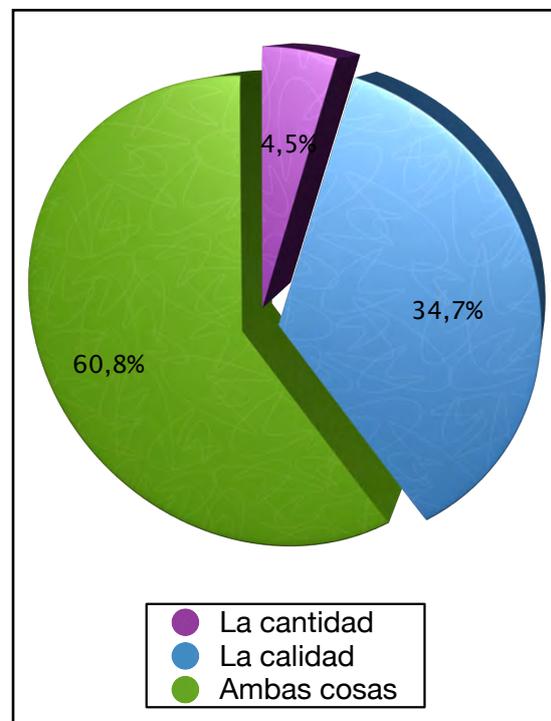
“IV.3.- ¿Que valora más de la información recibida?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
La cantidad	23	4,5%
La calidad	177	34,7%
Ambas cosas	310	60,8%

Tabla 193

El 4,5% (23) valora más la cantidad de información, el 34,7% (177) la calidad y destaca el 60,8% (310) de los pacientes que opina que ambas cosas (tabla 193), (gráfica 179).

Los resultados son estadísticamente significativos, al 95%, (p-valor 0,000), por tanto, las respuestas no son fruto del azar y pueden extenderse al total de la población.



Gráfica 179

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia muy alta entre la respuesta dada esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 76 del anexo 2). Esto implica que un porcentaje elevado de pacientes que han sido intervenidos de Cirugía Pediátrica, Ginecología y Urología valoran tanto la cantidad como la calidad de la información (tabla 194).

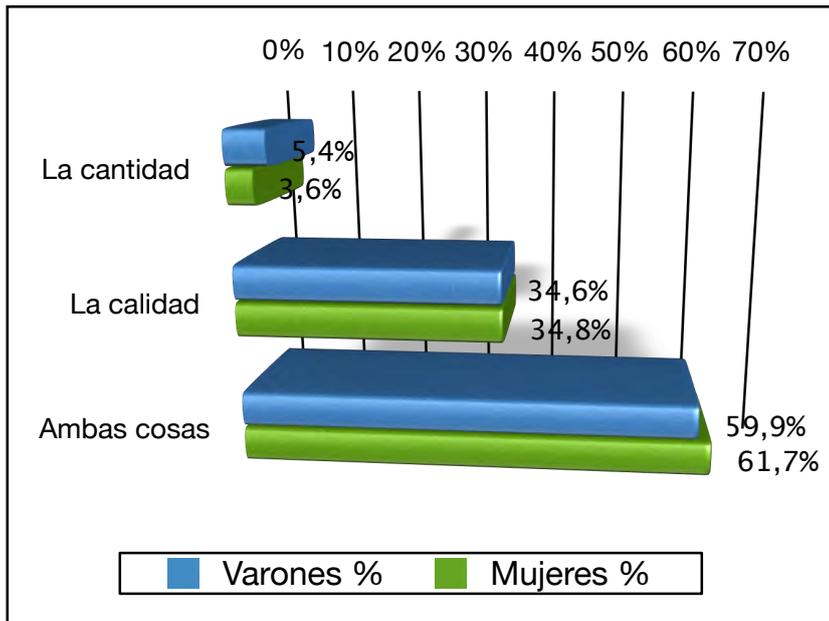
<i>Especialidad</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Calidad</i>	<i>Ambas cosas</i>
Urología	7%	22%	70%
Cirugía General	7%	31%	62%
Cirugía Cardíaca	6%	28%	67%
ORL	7%	46%	46%
Traumatología	2%	47%	52%
Oftalmología	0%	33%	67%
Unidad de Dolor	11%	26%	63%
Ginecología	0%	29%	71%
C.Maxilofacial	6%	33%	61%
C.Pediátrica	0%	29%	71%
Neurocirugía	18%	24%	59%

*Tabla 194*

El número de hombres y mujeres que prefieren la calidad a la hora de recibir información es prácticamente idéntico, pero las féminas destacan ligeramente al preferir en su mayoría tanto calidad como cantidad de información (tabla 195), (gráfica 180).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
La cantidad	14	5,4%	9	3,6%
La calidad	89	34,6%	88	34,8%
Ambas cosas	154	59,9%	156	61,7%

*Tabla 195*

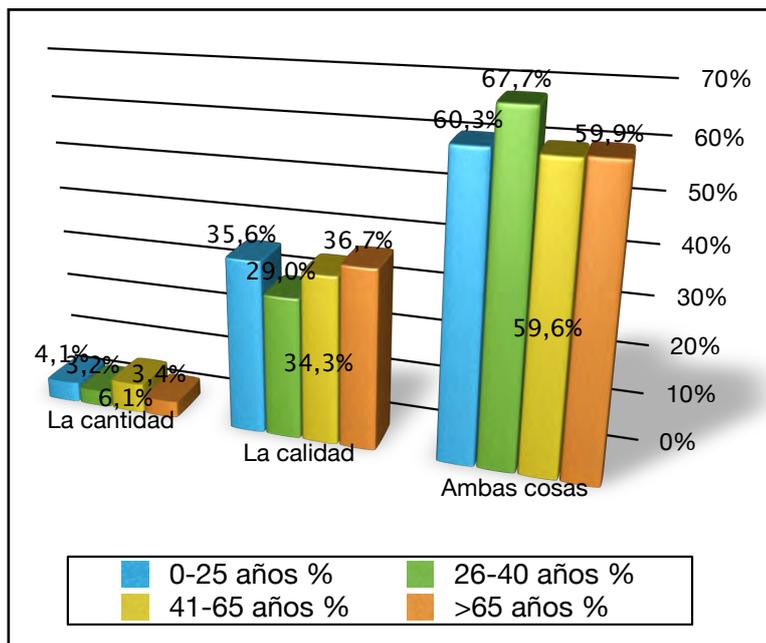


Gráfica 180

La calidad y cantidad de información deben ir de la mano según la mayoría de jóvenes con edades comprendidas entre 26 y 40 años, que destacan entre el resto de grupos aunque todos tienen resultados similares (tabla 196), (gráfica 181).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
La cantidad	3	4,1%	2	3,2%	12	6,1%	6	3,4%
La calidad	26	35,6%	18	29,0%	68	34,3%	65	36,7%
Ambas cosas	44	60,3%	42	67,7%	118	59,6%	106	59,9%

Tabla 196

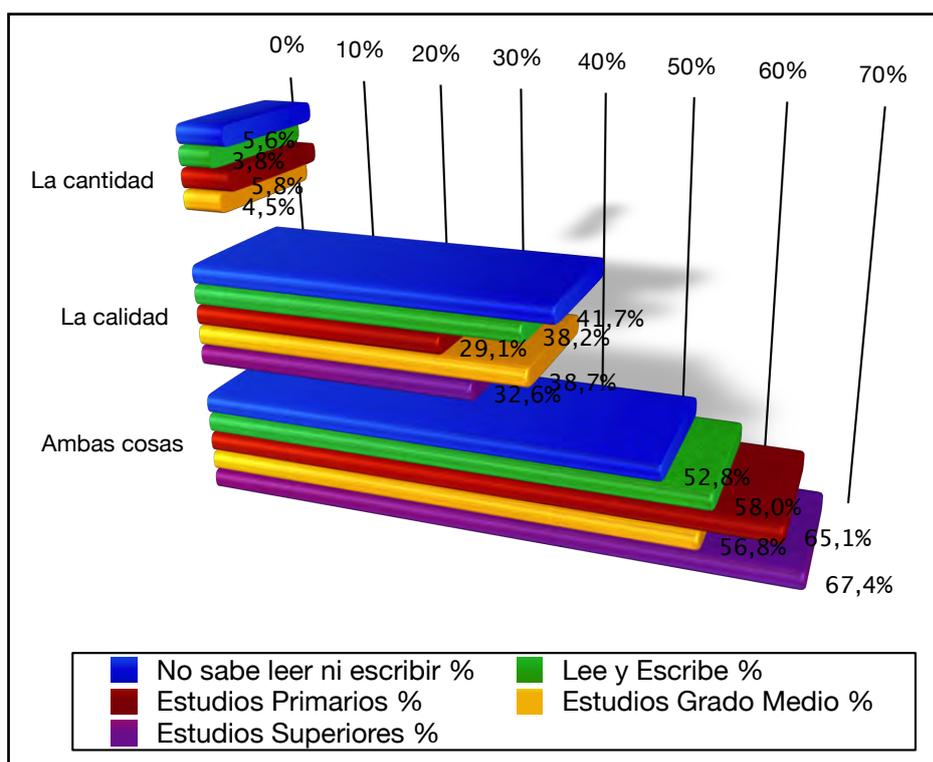


Gráfica 181

Los pacientes con Estudios Superiores son los que manifiestan preferencias en cuanto a la calidad y cantidad de información. Entre los que opinan que la calidad es lo más importante destaca el grupo de pacientes que no sabe leer ni escribir, cosa que parece bastante lógica (tabla 197), (gráfica 182).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
La cantidad	2	5,6%	5	3,8%	11	5,8%	5	4,5%	0	0%
La calidad	15	41,7%	50	38,2%	55	29,1%	43	38,7%	14	32,6%
Ambas cosas	19	52,8%	76	58,0%	123	65,1%	63	56,8%	29	67,4%

Tabla 197



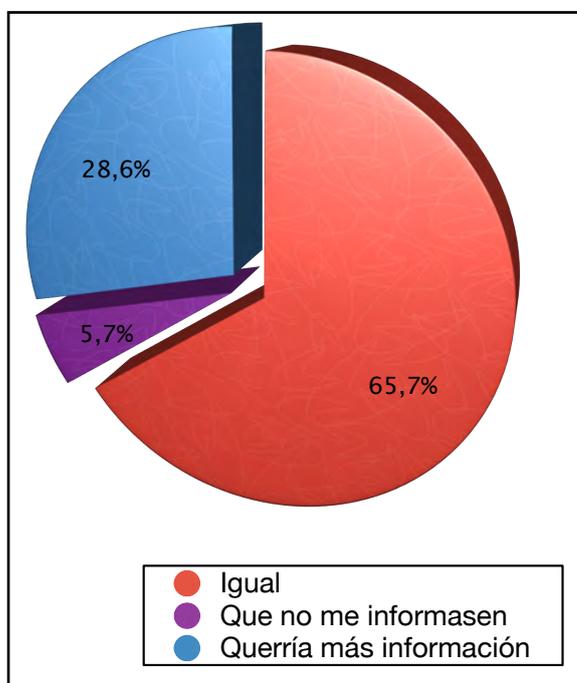
Gráfica 182

## 2.5.4. Futuro

“IV.4.- Si le tuvieran que volver a operar ¿como le gustaría que se hicieran las cosas en cuanto al C.I.?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Igual	335	65,7%
Que no me informasen	29	5,7%
Querría mas información	146	28,6%

Tabla 198



Gráfica 183

El 65,7% (335) repetiría la experiencia en cuanto al Consentimiento Informado, a cerca del 28,6% (146) le gustaría recibir más información y sólo el 5,7% (29) no querrían que les informasen (tabla 198), (gráfica 183).

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 80 del anexo 2). También podemos afirmar con una seguridad del 95% que guarda relación con la edad del encuestado (tabla 77 del anexo 2) y con el hecho de que sea hombre o mujer (tabla 78 del anexo 2).

En cuanto a la relación entre la respuesta dada por el paciente y la especialidad de la que es intervenido, se puede concluir que cuando se trata de Cirugía General o Urología, la probabilidad de que el paciente quiera que se vuelva a actuar de la misma forma es más alta que en el resto de cirugías (tabla 199).

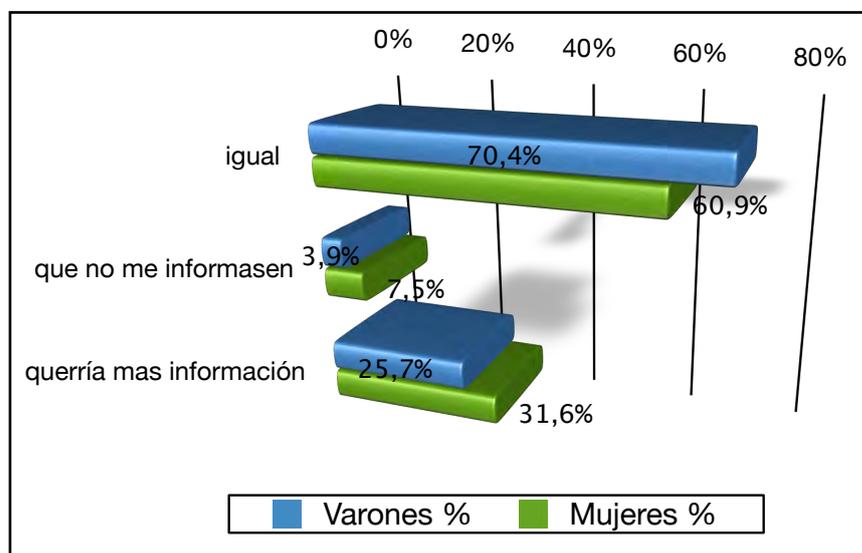
<i>Especialidad</i>	<i>Igual</i>	<i>No información</i>	<i>Más información</i>
Urología	74%	11%	15%
Cirugía General	81%	4%	15%
Cirugía Cardíaca	56%	22%	22%
ORL	57%	11%	32%
Traumatología	60%	2%	38%
Oftalmología	67%	2%	31%
Unidad de Dolor	44%	0%	56%
Ginecología	54%	23%	23%
C.Maxilofacial	67%	0%	33%
C.Pediátrica	68%	3,5%	28,5%
Neurocirugía	47%	12%	41%

*Tabla 199*

Preferentemente los varones eligen que todo sea del mismo modo en el caso de una nueva intervención (tabla 200), (gráfica 184).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Igual	181	70,4%	154	60,9%
Que no me informasen	10	3,9%	19	7,5%
Querría mas información	66	25,7%	80	31,6%

*Tabla 200*

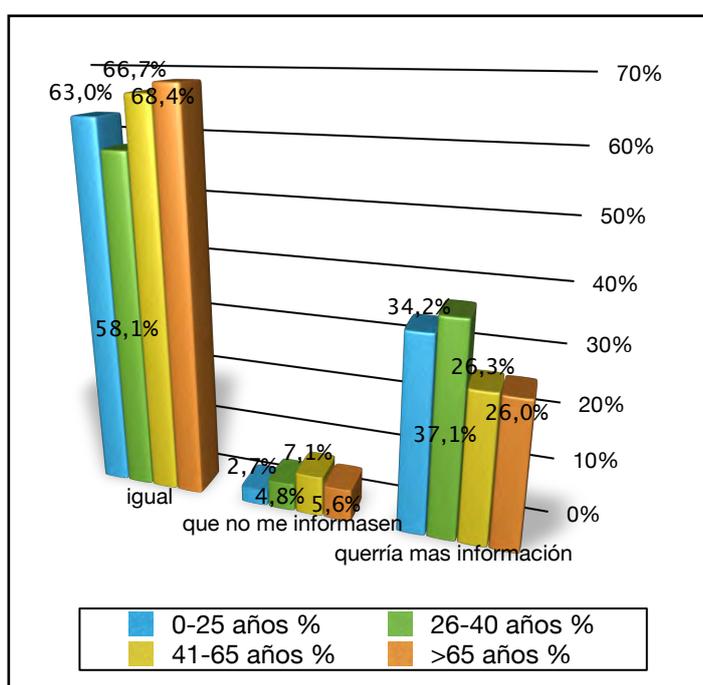


*Gráfica 184*

Entre los que querrían que las cosas fuesen del mismo modo destaca el grupo de mayores de 65 años, sin embargo entre los que les gustaría recibir más información resaltan los jóvenes de entre 26 y 40 años. (tabla 201), (gráfica 185).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Igual	46	63,0%	36	58,1%	132	66,7%	121	68,4%
Que no me informasen	2	2,7%	3	4,8%	14	7,1%	10	5,6%
Querría mas información	25	34,2%	23	37,1%	52	26,3%	46	26,0%

Tabla 201

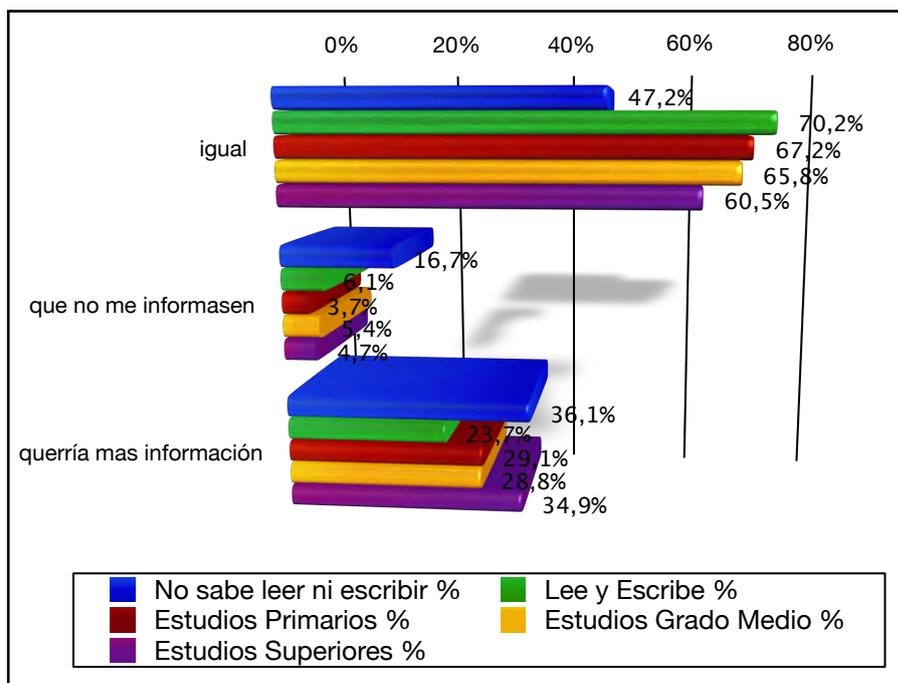


Gráfica 185

Los pacientes que no saben leer ni escribir eligen recibir más información en una futura intervención quirúrgica, sin embargo entre los que repetirían la misma experiencia destaca el grupo que lee y escribe (tabla 202), (gráfica 186).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
igual	17	47,2%	92	70,2%	127	67,2%	73	65,8%	26	60,5%
que no me informasen	6	16,7%	8	6,1%	7	3,7%	6	5,4%	2	4,7%
querría mas información	13	36,1%	31	23,7%	55	29,1%	32	28,8%	15	34,9%

Tabla 202



Gráfica 186

### 2.5.5. Discusión

Es sorprendente la cantidad de pacientes, o sus representantes, que se sienten capacitados, con la información recibida, para tomar una decisión con respecto al proceso anestésico. Habla de que las cosas se han hecho bien.

La asunción de la información, de la que dependerá la decisión, es personal y se valorará en cantidad y calidad, si bien la primera, como factor aislado, no es muy deseada.

Destacamos también el alto grado de satisfacción de los pacientes de como se ha llevado a cabo el proceso. El que dos tercios de la población manifiesten ésta, refuerza la afirmación final del primer párrafo. Vemos, una vez más, que el deseo de saber, índice de asunción de responsabilidad, discurre en orden inverso a la edad y paralelo a la formación.

Por último destacar la fiabilidad de los datos obtenidos en la muestra, estadísticamente hablando, que posibilita, sin lugar a error, su traslado al resto de la población y la relación de dependencia de las respuestas con algunas variables.

## 2.6. Decisión

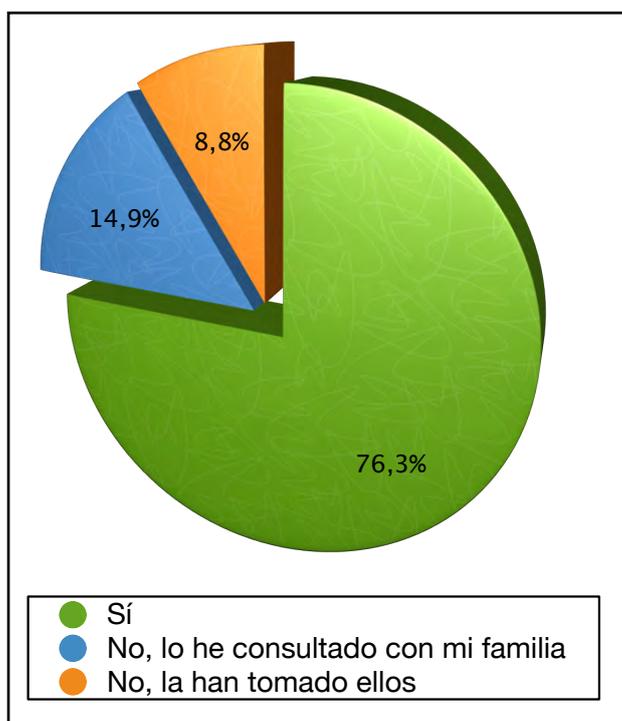
Llegado el momento de tomar la decisión de aceptar o no lo que el anestesista le ha explicado, preguntamos al paciente por su decisión y las posibles influencias en ella.

### 2.6.1. Libertad de decisión

“V.1.- Ha tomado libremente y Vd. solo, la decisión de ser anestesiado?”

<i>Opciones</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Porcentajes</i>
Si	389	76,3%
No, lo he consultado con mi familia	76	14,9%
No, la han tomado ellos	45	8,8%

Tabla 203



Gráfica 187

Un sí es lo que ha respondido el 76,3% (389) pacientes. No han tomado la decisión el 8,5% (45) de los encuestados y lo han consultado con la familia el 14,9% (76) (tabla 203), (gráfica 187).

Las proporciones son significativas desde el punto de vista estadístico (p-valor 0,000), es decir, que no se deben al azar y, por tanto, pueden ampliarse al total de la población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 84 del anexo 2). También podemos afirmar, con una seguridad del 95%, que guarda relación con la edad del encuestado (tabla 81 del anexo 2) y

con el nivel de formación que tiene (tabla 83 del anexo 2).

En la relación de dependencia entre la especialidad y la respuesta que han dado los pacientes se puede señalar que los pacientes que han tomado la decisión ellos solos son, con una probabilidad muy alta, de Traumatología, Unidad del dolor, Cirugía General, Oftalmología, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Neurocirugía y Ginecología. Resulta destacable que los pacientes intervenidos de una Cirugía Cardíaca optan por decidirlo ellos solos o con su familia (tabla 204).

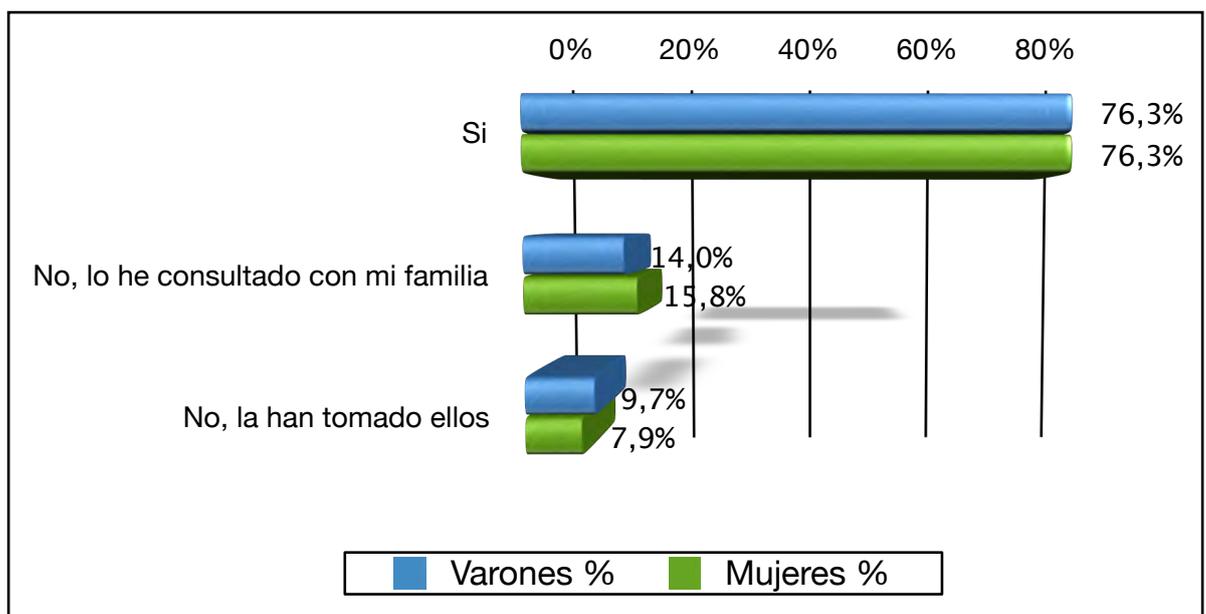
<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>Consultado</i>	<i>No</i>
Urología	63%	30%	7%
Cirugía General	82%	13,5%	4,5%
Cirugía Cardíaca	44,5%	44,5%	11%
ORL	75%	11%	14%
Traumatología	82%	7,5%	10,5%
Oftalmología	79%	10,5%	10,5%
Unidad de Dolor	89%	11%	0%
Ginecología	77%	17%	6%
C.Maxilofacial	78%	5,5%	16,5%
C.Pediátrica	39%	43%	18%
Neurocirugía	76%	12%	12%

*Tabla 204*

La distribución por sexo es casi semejante (tabla 205), (gráfica 188).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Si	196	76,3%	193	76,3%
No, lo he consultado con mi familia	36	14,0%	40	15,8%
No, la han tomado ellos	25	9,7%	20	7,9%

*Tabla 205*

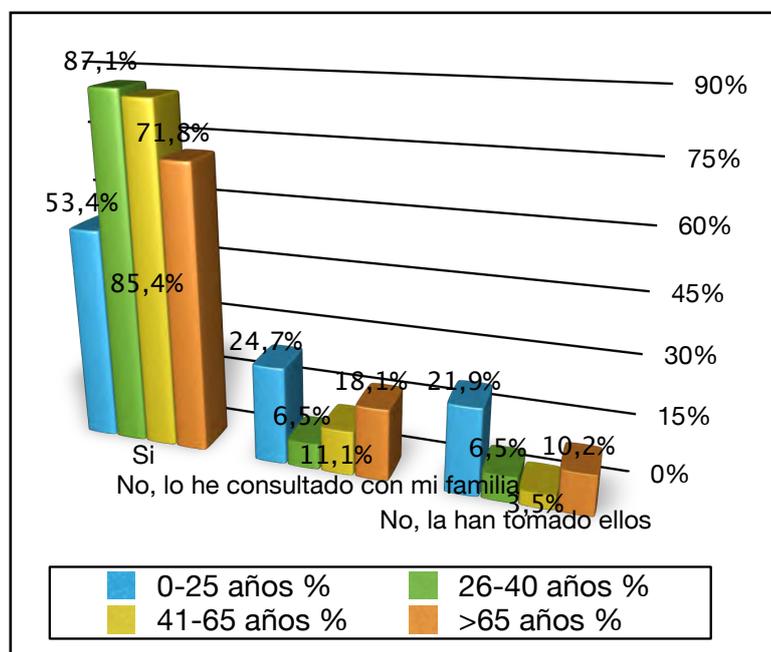


*Gráfica 188*

Son los pacientes con edades comprendidas entre 26 y 65 años los que en su mayoría han tomado la decisión solos. Los menores de 25 años son los que más han consultado y han dejado que la decisión la tome la familia. Esta relación de dependencia se ha corroborado desde el punto de vista estadístico (tabla 206), (gráfica 189).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Si	39	53,4%	54	87,1%	169	85,4%	127	71,8%
No, lo he consultado con mi familia	18	24,7%	4	6,5%	22	11,1%	32	18,1%
No, la han tomado ellos	16	21,9%	4	6,5%	7	3,5%	18	10,2%

Tabla 206

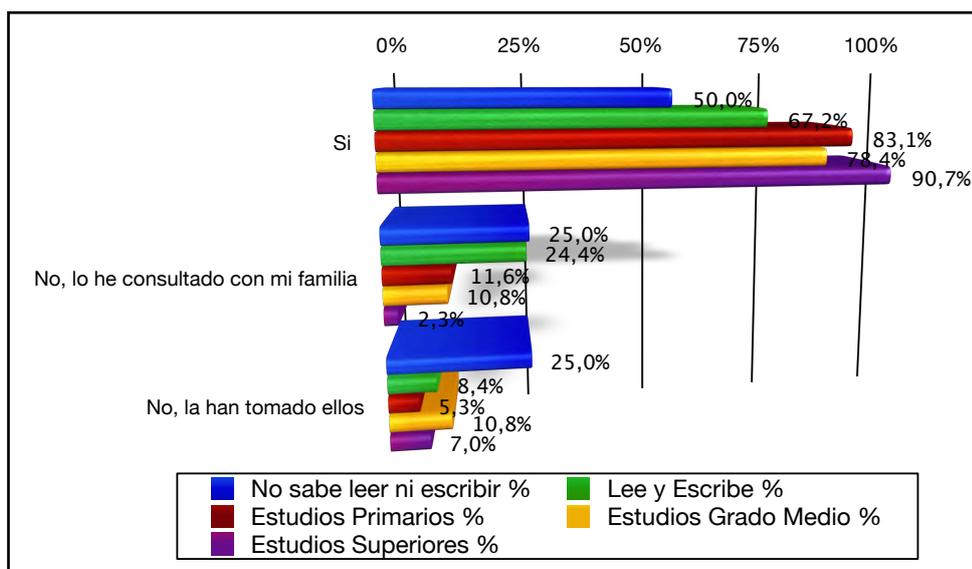


Gráfica 189

Aquellos pacientes con Estudios Superiores son los que destacan entre los que han tomado la decisión solos, mientras que la mayoría de los que han tenido que consultar con su familia, o bien han dejado que decidan por ellos, son los encuestados que no tienen estudios (tabla 207), (gráfica 190). Al igual que con la edad, la relación entre la respuesta dada y el nivel de formación del paciente también existe desde el punto de vista estadístico.

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Si	18	50%	88	67,2%	157	83,1%	87	78,4%	39	90,7%
No, lo he consultado con mi familia	9	25%	32	24,4%	22	11,6%	12	10,8%	1	2,3%
No, la han tomado ellos	9	25%	11	8,4%	10	5,3%	12	10,8%	3	7,0%

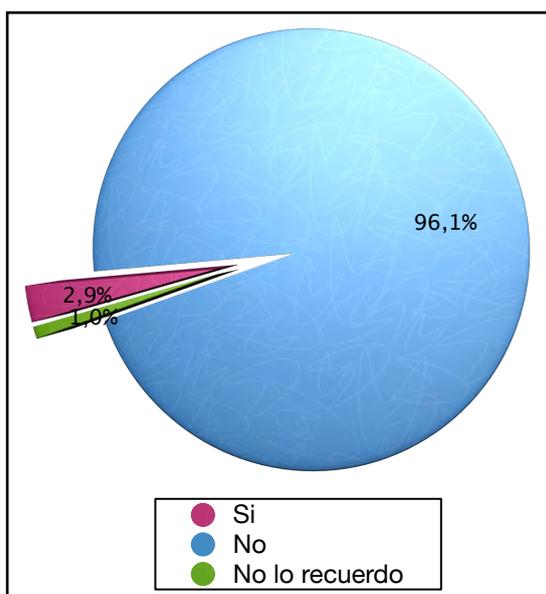
Tabla 207



Gráfica 190

### 2.6.2. Presión por Anestesiólogo

“V.2.- ¿Se ha sentido presionado por el anestesista para ser anestesiado?”



Gráfica 191

Con una evidente mayoría, el 96,1% (490) de los pacientes niegan haberse sentido presionados, el 2,9% (15) lo afirman y el 1% (5) no lo recuerdan (tabla 208), (gráfica 191).

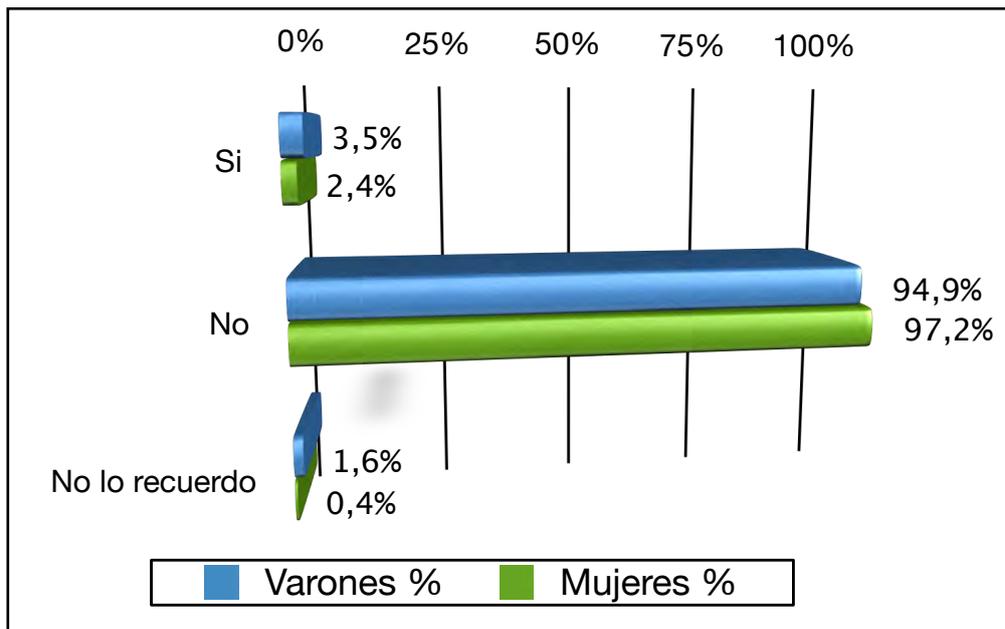
Opciones	Respuestas	Porcentajes
Si	15	2,9%
No	5	1%
No lo recuerdo	490	96,1%

Tabla 208

En la distribución por sexos hay una ligera diferencia siendo las mujeres las que más niegan haberse sentido presionadas (tabla 209), (gráfica 192).

Opciones	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Si	9	3,5%	6	2,4%
No	244	94,9%	246	97,2%
No lo recuerdo	4	1,6%	1	0,4%

Tabla 209

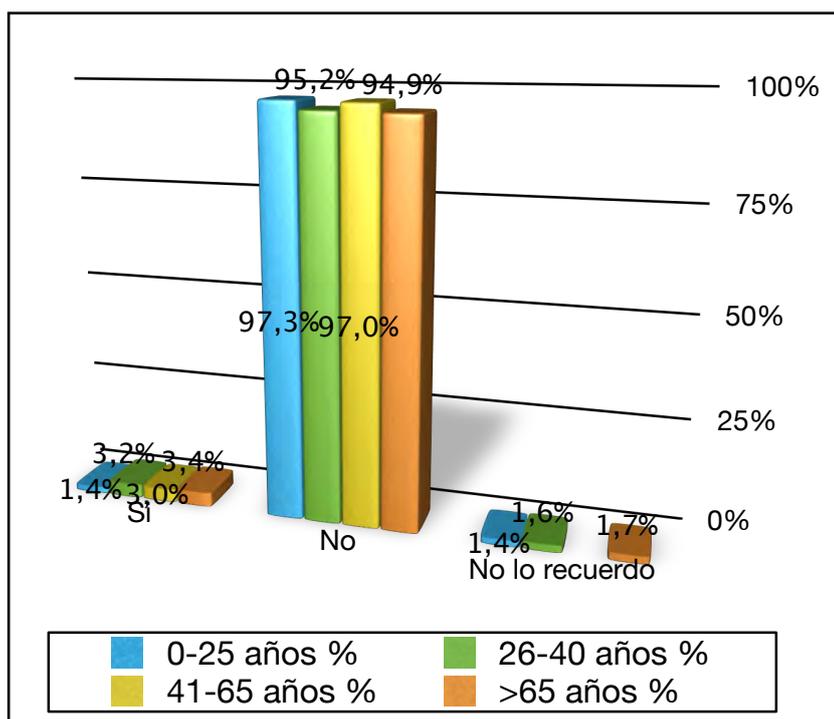


Gráfica 192

Los encuestados menores de 25 años son los que destacan en la negativa a la pregunta, aunque con poca diferencia respecto al resto de los grupos (tabla 210), (gráfica 193).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Sí	1	1,4%	2	3,2%	6	3,0%	6	3,4%
No	71	97,3%	59	95,2%	192	97,0%	168	94,9%
No lo recuerdo	1	1,4%	1	1,6%	0	0,0%	3	1,7%

Tabla 210

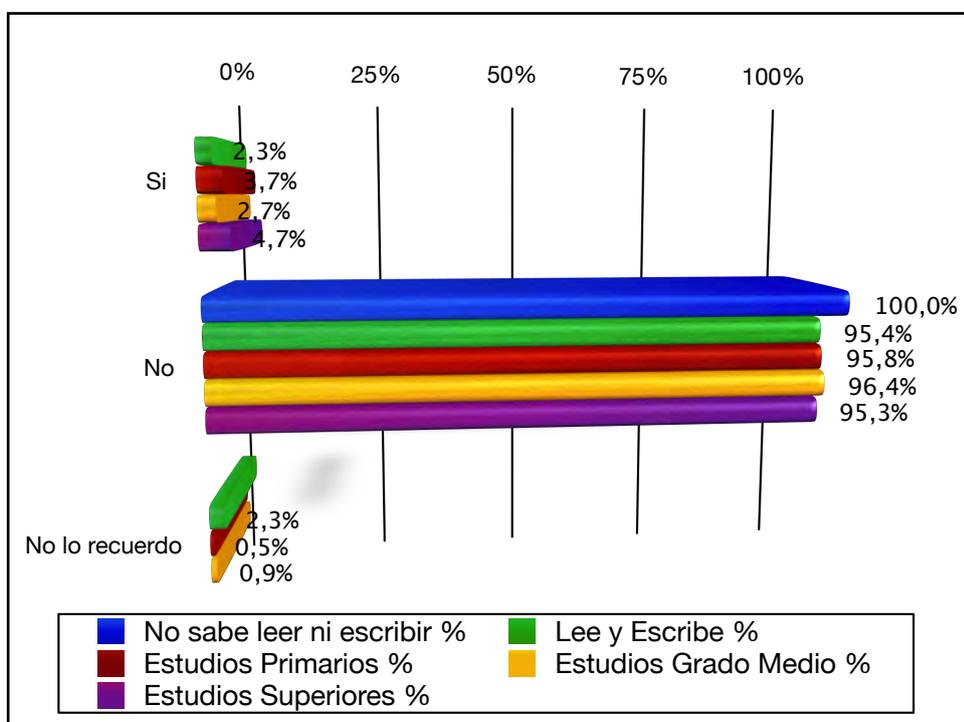


Gráfica 193

El 100% de los que no saben leer y escribir niegan haberse sentido presionados por el anestesista (tabla 211), (gráfica 194). Sin embargo, no existe una relación entre la respuesta que ha dado el paciente y el nivel de formación (tabla 87 del anexo 2). Además de haberlo contrastado estadísticamente, esta conclusión se puede extraer al observar que las proporciones de cada respuesta dentro de cada grupo de formación son similares.

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Si	0	0%	3	2,3%	7	3,7%	3	2,7%	2	4,7%
No	36	100%	125	95,4%	181	95,8%	107	96,4%	41	95,3%
No lo recuerdo	0	0%	3	2,3%	1	0,5%	1	0,9%	0	0%

Tabla 211



Gráfica 194

### 2.6.3. Presión por familia

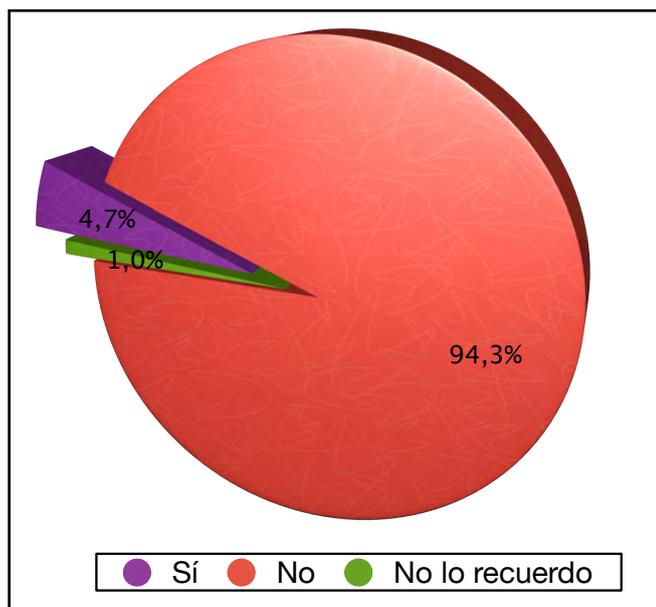
“V.3.- ¿Y por su familia?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Si	24	4,7%
No	481	94,3%
No lo recuerdo	5	1%

Tabla 212

Una evidente mayoría lo niegan, el 94,3% (481), mientras que el 4,7% (24) si dicen haberse sentido presionados y sólo el 1% (5) no lo recuerdan (tabla 212), (gráfica 195).

Desde un punto de vista estadístico, podemos afirmar que la respuesta es significativa al 95% (p-valor 0,000) y no se debe al azar. También podemos decir que existe una relación alta de dependencia entre la respuesta a esta pregunta y la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 92 del anexo 2). Esto implica que, si bien la probabilidad de no haberse sentido



Gráfica 195

presionados por la familia es muy elevada independientemente de la especialidad quirúrgica de la que hayan sido intervenidos, existe algún porcentaje destacado de pacientes que han podido sentirse presionados cuando la intervención era relativa a Cirugía Cardíaca, Ginecología y Urología (tabla 213).

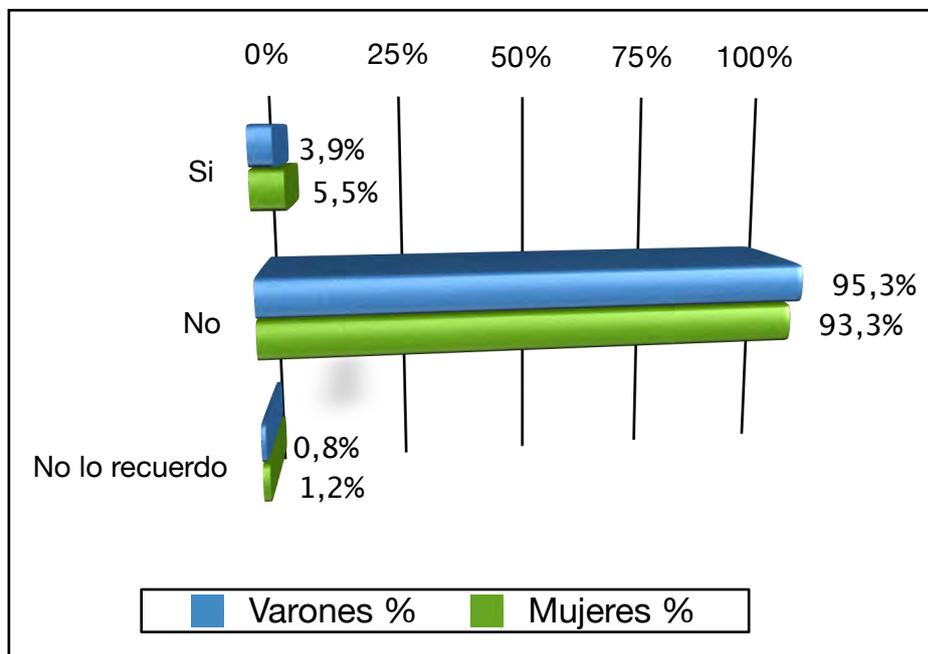
<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No recuerdo</i>
Urología	15%	81%	4%
Cirugía General	3%	96%	1%
Cirugía Cardíaca	22%	78%	0%
ORL	11%	89%	0%
Traumatología	0%	98%	2%
Oftalmología	2%	96%	2%
Unidad de Dolor	0%	100%	0%
Ginecología	17%	83%	0%
C.Maxilofacial	0%	100%	0%
C.Pediátrica	4%	96%	0%
Neurocirugía	6%	94%	0%

Tabla 213

Hay una ligera diferencia en la distribución por sexos, destacando los varones en la respuesta negativa (tabla 214), (gráfica 196).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Si	10	3,9%	14	5,5%
No	245	95,3%	236	93,3%
No lo recuerdo	2	0,8%	3	1,2%

*Tabla 214*

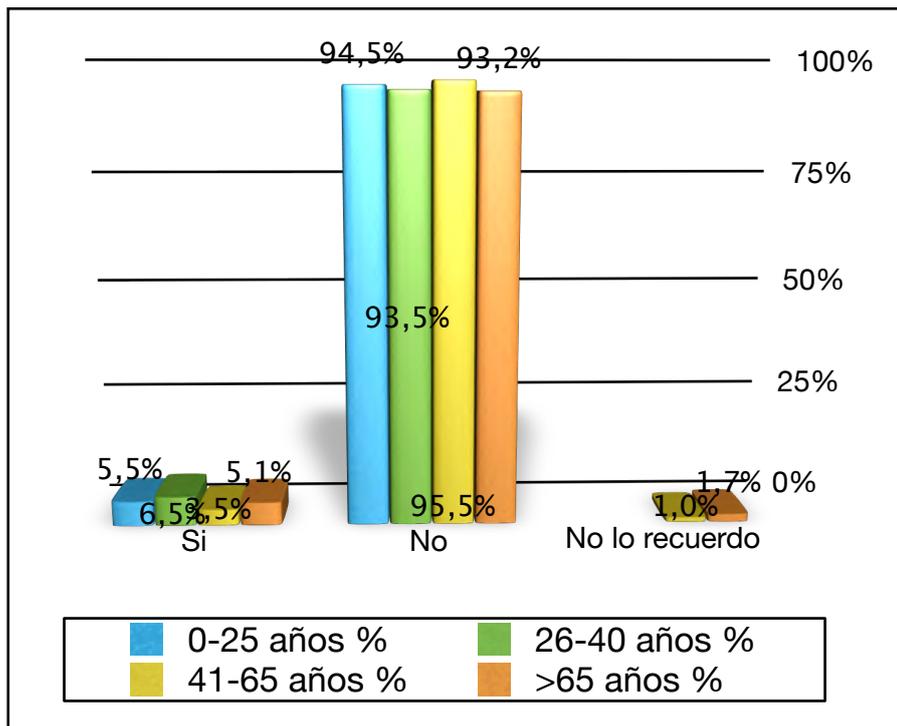


*Gráfica 196*

Las respuestas en la distribución de los pacientes por edades es bastante similar (tabla 215), (gráfica 197).

<i>Opciones</i>	<i>0-25 años</i>	<i>% 0-25 años</i>	<i>26-40 años</i>	<i>% 26-40 años</i>	<i>41-65 años</i>	<i>% 41-65 años</i>	<i>&gt;65 años</i>	<i>% &gt;65 años</i>
Si	4	5,5%	4	6,5%	7	3,5%	9	5,1%
No	69	94,5%	58	93,5%	189	95,5%	165	93,2%
No lo recuerdo	0	0%	0	0%	2	1,0%	3	1,7%

*Tabla 215*

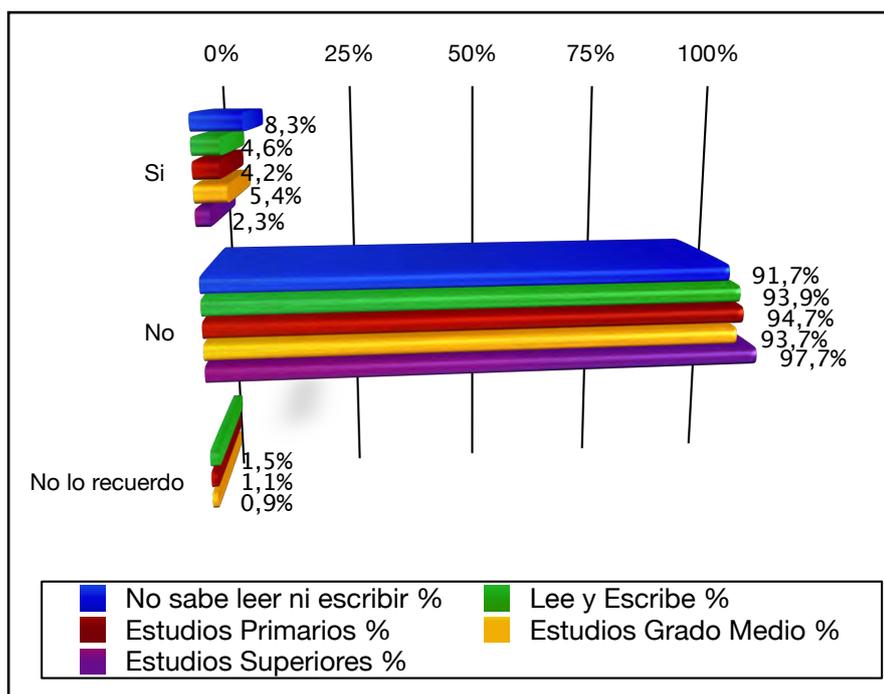


Gráfica 197

Lo mismo ocurre en la distribución por nivel de formación (tabla 216), (gráfica 198).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Si	3	8,3%	6	4,6%	8	4,2%	6	5,4%	1	2,3%
No	33	91,7%	123	93,9%	179	94,7%	104	93,7%	42	97,7%
No lo recuerdo	0	0%	2	1,5%	2	1,1%	1	0,9%	0	0%

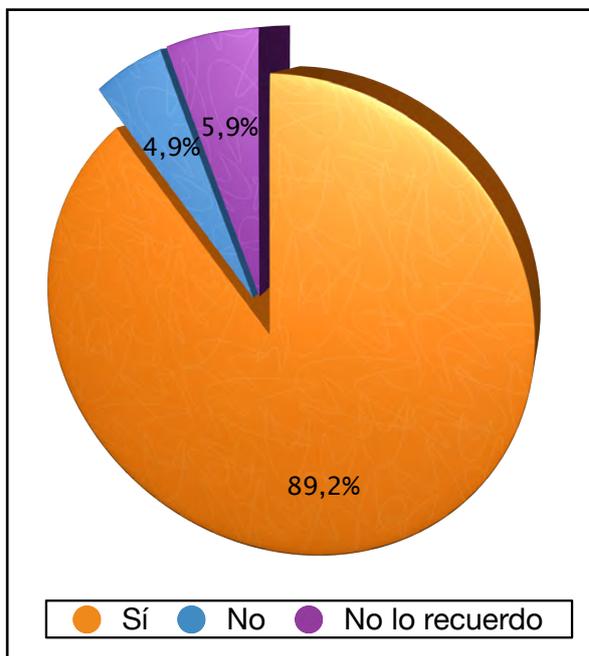
Tabla 216



Gráfica 198

## 2.6.4. Firma del documento

“V.4.- ¿Ha firmado un documento otorgando su consentimiento para ser anestesiado?”



Gráfica 199

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Sí	455	89,2%
No	25	4,9%
No lo recuerdo	30	5,9%

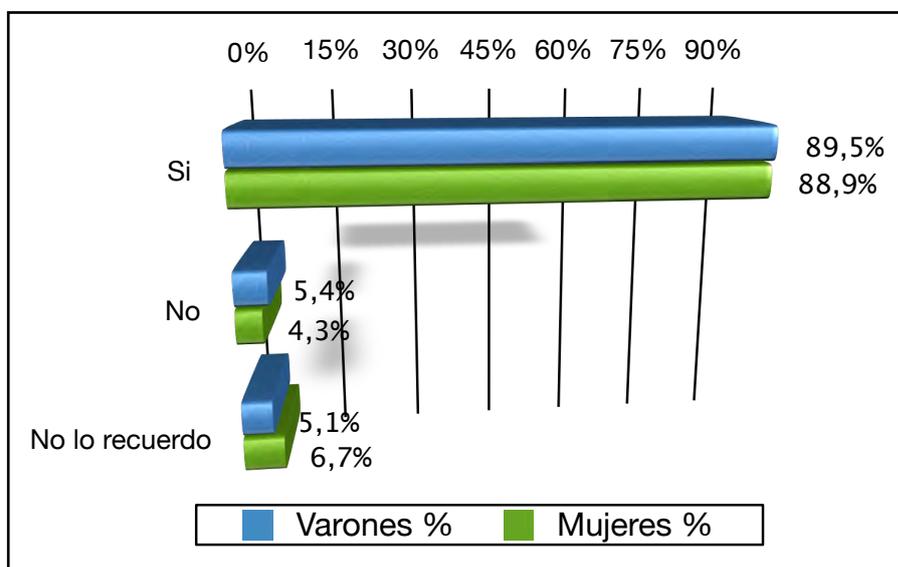
Tabla 217

Refieren haberlo firmado un 89,2% (455) de los encuestados. Lo niegan un 4,9% (25) y no lo recuerdan el 5,9% (30) (tabla 217), (gráfica 199).

Apenas hay diferencia en las respuestas dadas por hombres y mujeres (tabla 218), (gráfica 200).

Opciones	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Sí	230	89,5%	225	88,9%
No	14	5,4%	11	4,3%
No lo recuerdo	13	5,1%	17	6,7%

Tabla 218

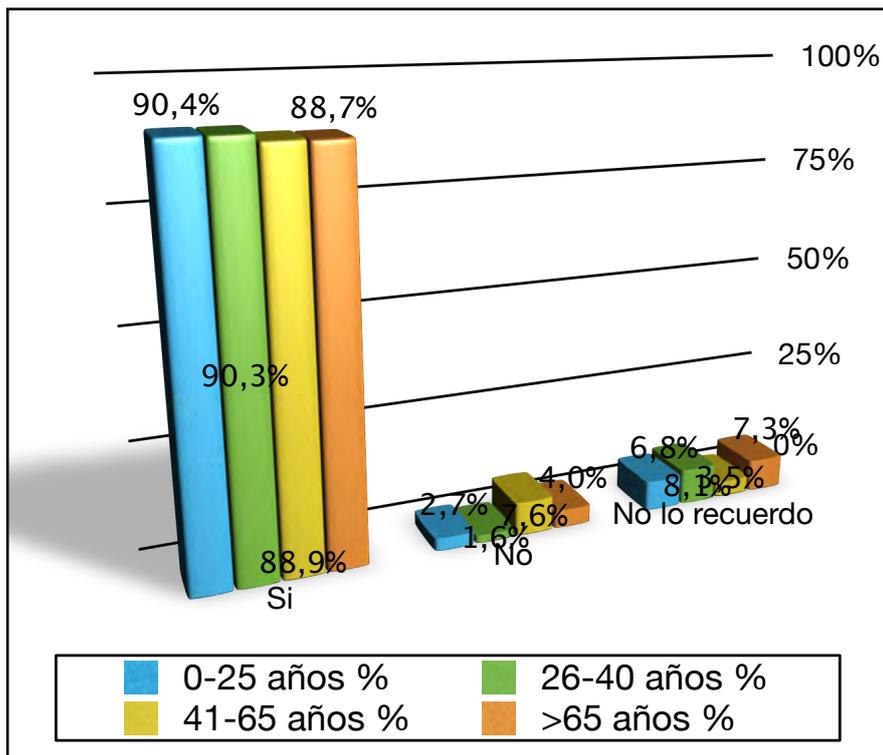


Gráfica 200

Igual de similar es en la distribución por grupos de edad (tabla 219), (gráfica 201).

Opciones	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Si	66	90,4%	56	90,3%	176	88,9%	157	88,7%
No	2	2,7%	1	1,6%	15	7,6%	7	4,0%
No lo recuerdo	5	6,8%	5	8,1%	7	3,5%	13	7,3%

Tabla 219

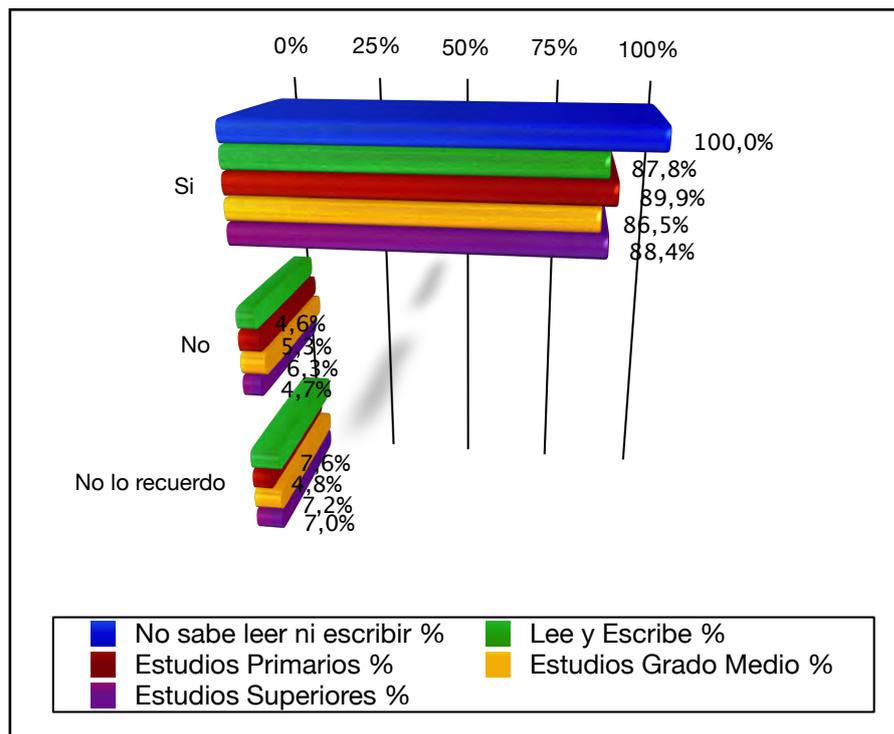


Gráfica 201

Son los pacientes que no saben leer ni escribir los que recuerdan en su totalidad haber firmado dicho documento (tabla 220), (gráfica 202).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Si	36	100%	115	87,8%	170	89,9%	96	86,5%	38	88,4%
No	0	0%	6	4,6%	10	5,3%	7	6,3%	2	4,7%
No lo recuerdo	0	0%	10	7,6%	9	4,8%	8	7,2%	3	7,0%

Tabla 220



Gráfica 202

### 2.6.5. Importancia de la firma del documento

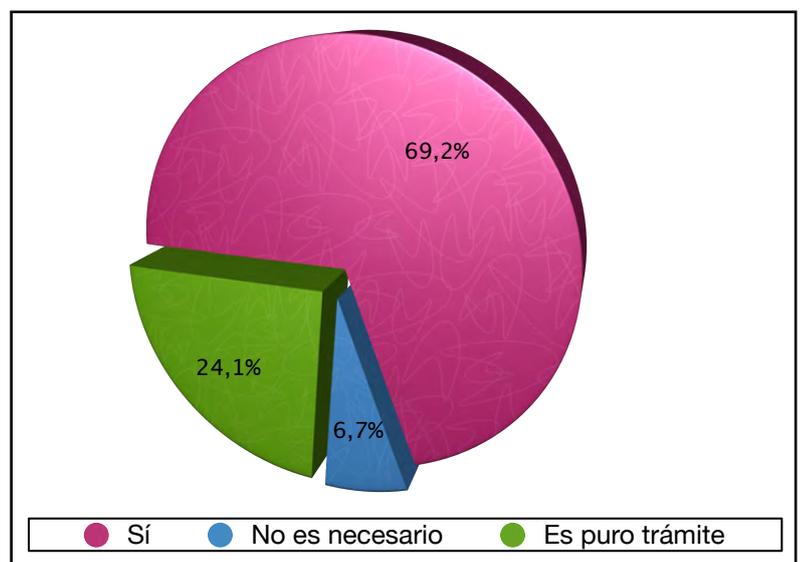
“V.5.- ¿Considera importante firmar ese documento otorgando su consentimiento para ser anestesiado?”

Opciones	Respuestas	Porcentajes
Si	353	69,2%
No es necesario	34	6,7%
Es puro trámite	123	24,1%

Tabla 221

El 69,2% (353) sí lo considera importante, el 24,1% (123) opina que es puro trámite y el 6,7% (34) no lo considera necesario (tabla 221), (gráfica 203).

Al realizar los contrastes de hipótesis, podemos afirmar al 95% que estos resultados son estadísticamente significativos (p-valor 0,000).



Gráfica 203

Cuando analizamos los contrastes de independencia de esta cuestión, observamos como existe una relación de dependencia en la respuesta a esta pregunta con la Especialidad responsable de la intervención quirúrgica (tabla 100 del anexo 2). Esto implica que un porcentaje muy elevado de pacientes intervenidos en Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Oftalmología consideran importante firmar el documento. Por otro lado, un porcentaje alto de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca y neurocirugía lo consideran un puro trámite (tabla 222).

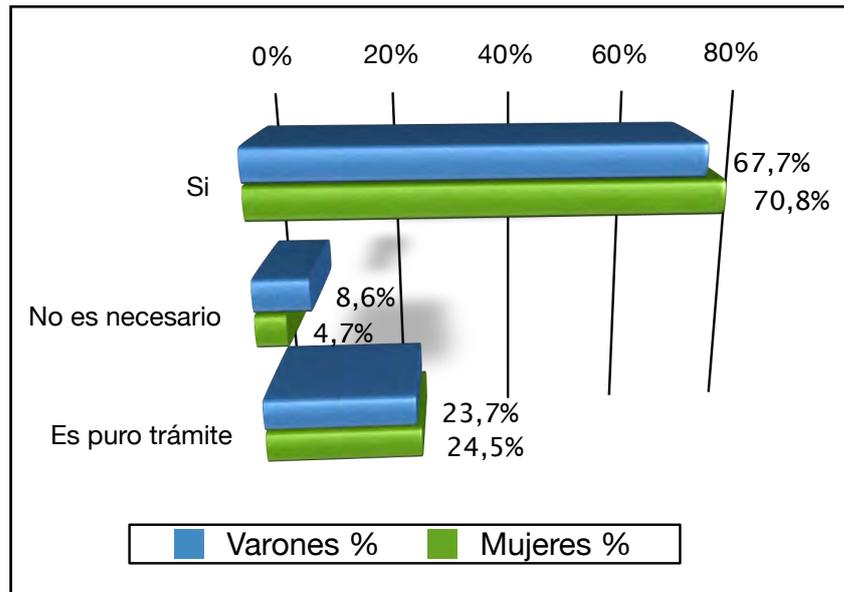
<i>Especialidad</i>	<i>Si</i>	<i>No es necesario</i>	<i>Es puro trámite</i>
Urología	63%	11%	26%
Cirugía General	70%	13%	17%
Cirugía Cardiaca	33%	17%	50%
ORL	57%	7%	36%
Traumatología	69,5%	3%	27,5%
Oftalmología	81%	2%	17%
Unidad de Dolor	67%	7%	26%
Ginecología	69%	0%	21%
C.Maxilofacial	94%	0%	6%
C.Pediátrica	79%	3,6%	17,5%
Neurocirugía	53%	6%	41%

*Tabla 222*

Con una diferencia ligeramente superior, las mujeres consideran importante la firma del consentimiento (tabla 223), (gráfica 204).

<i>Opciones</i>	<i>Varones</i>	<i>% Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
Si	174	67,7%	179	70,8%
No es necesario	22	8,6%	12	4,7%
Es puro trámite	61	23,7%	62	24,5%

*Tabla 223*

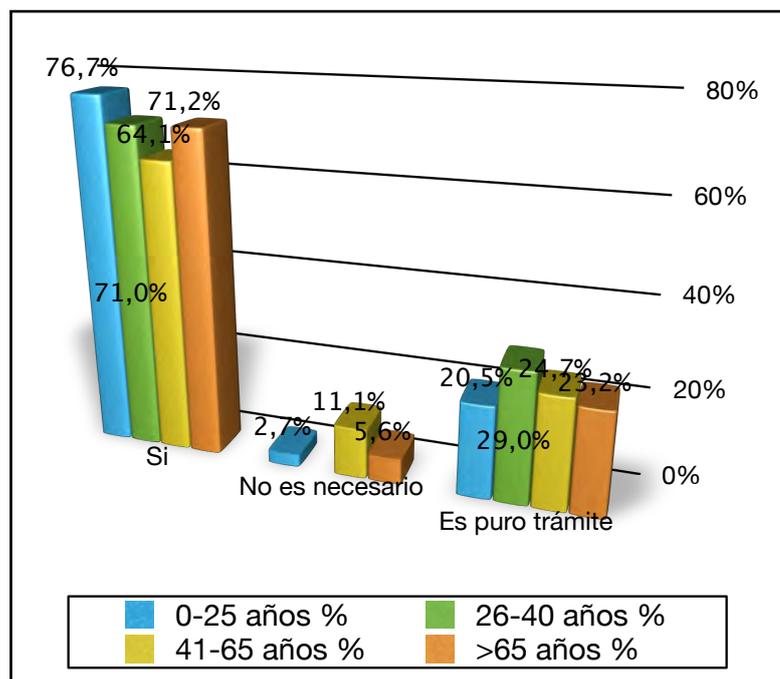


Gráfica 204

Los menores de 25 años son los que más importancia dan a la firma, mientras que entre los que opinan que es puro trámite, destacan los jóvenes entre 26 y 40 años (tabla 224), (gráfica 205).

Opinión	0-25 años	% 0-25 años	26-40 años	% 26-40 años	41-65 años	% 41-65 años	>65 años	% >65 años
Si	56	76,7%	44	71,0%	127	64,1%	126	71,2%
No es necesario	2	2,7%	0	0,0%	22	11,1%	10	5,6%
Es puro trámite	15	20,5%	18	29,0%	49	24,7%	41	23,2%

Tabla 224

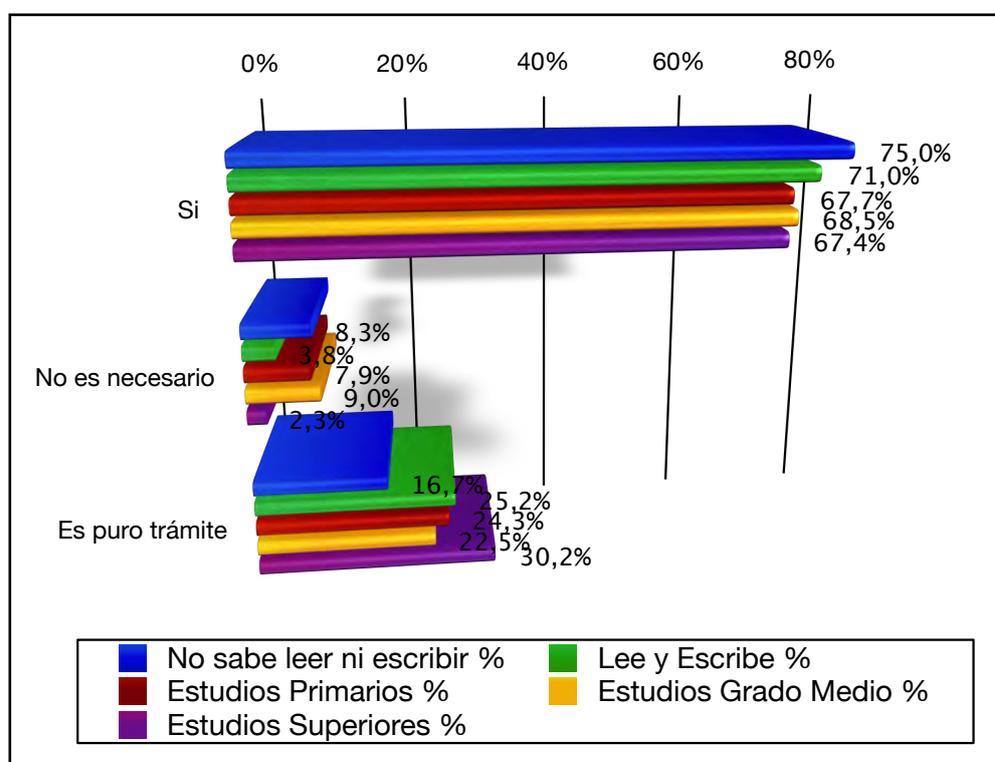


Gráfica 205

Los pacientes que no saben leer ni escribir son los que más consideran necesario firmar el documento de consentimiento, entre los que lo consideran puro trámite destacan los encuestados que poseen Estudios Superiores (tabla 225), (gráfica 206).

Opciones	No sabe leer ni escribir	% No sabe leer ni escribir	Lee y Escribe	% Lee y Escribe	Estudios Primarios	% Estudios Primarios	Estudios Grado Medio	% Estudios Grado Medio	Estudios Superiores	% Estudios Superiores
Si	27	75%	93	71,0%	128	67,7%	76	68,5%	29	67,4%
No es necesario	3	8,3%	5	3,8%	15	7,9%	10	9,0%	1	2,3%
Es puro trámite	6	16,7%	33	25,2%	46	24,3%	25	22,5%	13	30,2%

Tabla 225



Gráfica 206

## 2.6.6. Discusión

Después de todo lo visto hasta ahora, en lo referente a la opinión de nuestros pacientes en el proceso de Consentimiento Informado, la decisión de ser o no anestesiado es tomada libremente por la mayoría de ellos. Es razonable que los más jóvenes sean los que más han consultado con la familia y los que más delegan en ella para dar, o no, su consentimiento. Si observamos las respuestas en función del nivel de conocimientos de los pacientes vemos como los que no saben leer ni escribir han dejado que sean sus familiares quienes tomen la decisión de ser o no anestesiados.

Es rotunda la negativa a haber sufrido algún tipo de presión por el anesthesiólogo o por la familia para ser intervenido. Vuelve a quedar claro que la decisión tomada ha sido libremente y no por obligación o presión por parte de terceros.

La mayoría recuerda haber firmado el documento de Consentimiento Informado que, por otra parte, no todos consideran importante firmar para que quede constancia escrita de su autorización.

Resaltar, por fin, la validez estadística de las respuestas y la dependencia de algunas variables, como ya sucedía en bloques anteriores.



## *VIII. CONCLUSIONES*



**PRIMERA.-** Este estudio demuestra que, tanto los Médicos Anestesiólogos del Complejo Hospitalario de Toledo, como los pacientes que pasan por la consulta de preanestesia de éste, han asumido la nueva forma de entender la relación médico paciente, lejos del paternalismo histórico, respetando unos y, siendo conscientes los otros, del conjunto de deberes y obligaciones que la nueva situación implica.

**SEGUNDA.-** De nuestro trabajo se desprende que la formación en ética de los Anestesiólogos es más que aceptable, coincidiendo casi la totalidad en que la formación reglada en esta materia durante la licenciatura es fundamental. Sin embargo el conocimiento que tienen de algunos aspectos teóricos referidos a los pilares en los que se asienta el ejercicio profesional (ética, deontología y leyes), son mejorables.

**TERCERA.-** La actitud de los anestesiólogos ante el C.I. está en la más absoluta consonancia con el nuevo paradigma ético de la profesión médica. Nos basamos para hacer tan rotunda afirmación en la creencia de la necesidad de éste, en su aplicación por convencimiento y respeto a las leyes, en la valoración de la calidad de la información y la explicación adecuada, como premisas principales, y el respeto al derecho a no querer saber. Apuntala esta actitud la percepción de que no se utiliza un formulario de C.I. suficientemente adecuado y de que la comprensión del paciente de la información proporcionada no va a ser la deseable.

**CUARTA.-** De la misma manera atenderán en su práctica clínica diaria los elementos conformadores del C.I., aún a pesar de la escasez de tiempo reconocida. Así la información, además de proporcionarla por escrito, se ampliará en un proceso de diálogo que incluye la explicación de técnica y riesgos posibles, salvaguardando las barreras idiomáticas culturales o religiosas, hasta donde éticamente es posible. La libertad de elección, como ocurría con el derecho a no querer saber, queda garantizada siempre que la técnica lo permita. Por último el controvertido privilegio terapéutico se utiliza como lo que es: una excepción.

**QUINTA.-** Sobre uno de los principales problemas actuales, cual es la descoordinación de la información quirúrgica y anestésica, no tienen una posición claramente definida, como tampoco la tienen sobre la diatriba planteada en cuanto a la idoneidad de un sólo C.I. para ambas que ya se ha planteado en algunos hospitales. La discusión continúa.

**SEXTA.-** Los pacientes demuestran una actitud de consciencia absoluta sobre el derecho y el deseo de saber, que tienen ellos y sus familiares, negando que esta información recibida vaya a provocarles un estado de miedo o ansiedad. Y, todo ello, desde la confianza en el médico e, incluso, en el tiempo que le dispensa para tal menester.

**SÉPTIMA.-** En cuanto a los elementos conformadores del C.I., los pacientes consideran que se les proporciona una información veraz y suficiente, en calidad y cantidad, dentro de un proceso de diálogo que comprende, no sólo la explicación oral y escrita, sino también la respuesta a las dudas planteadas, así como explicación de riesgos y opciones de técnicas anestésicas que asegura un alto grado de comprensión.

**OCTAVA.-** Los pacientes, con la información recibida, se consideran sobradamente capacitados para tomar la decisión que consideran mejor para sus intereses deseando que, en el hipotético caso de que tuvieran que ser anestesiados nuevamente, las cosas se vuelvan a hacer de la misma forma, salvo en el caso de los más jóvenes que desearían todavía más información.

**NOVENA.-** Con estas premisas de información y capacidad los pacientes toman libremente la decisión conforme a su derecho, sin que en ningún momento se sientan presionados por anesthesiólogos ni familiares y firman el correspondiente documento de Consentimiento Informado.

**DÉCIMA.-** Se desprenden de este estudio dos ideas fundamentales: Por un lado, tenemos unos profesionales de la medicina, encuadrados en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Complejo Hospitalario de Toledo, cuyos comportamientos éticos, en cuanto al C.I. se refiere, responden a las claves fundamentales de la moderna Ética Médica y que demuestran su respeto a las normas deontológicas y al ordenamiento jurídico vigente. Y, por el otro, una población consciente de su derecho a tomar una decisión informada, ser respetada y ejercer ese derecho.

## *IX. BIBLIOGRAFÍA*



- AITKENHEAD, A.R., “Informing and consenting for anaesthesia”, *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, Vol. 20, págs. 507-24, 2006.
- ALBARRACIN TEULON, A., “La titulación médica en la España del siglo XIX”, *Asclepio, Volumen XXI*, págs. 27-34, 1969.
- ALBARRACIN TEULON, A., “Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extracientíficas en la España del siglo XIX”, *Asclepio, Volumen XXIV*, págs. 323-366, 1972.
- ARANA, F., MADERO, J.I., “¿Que es la bioética?” <http://encolombia.com>
- BACIGALUPO, L.E. <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>
- BABITU, U.Q., CYNA, A.M., “Patients’ understanding of technical terms used during the pre-anaesthetic consultation”, *Anaesthesia and Intensive Care*, Vol. 38, págs. 349-53, 2010.
- BALESTRIERI, P.J., “Autonomy versus deontology”, *International journal of obstetric anaesthesia*, Vol. 18, 189-90, 2009.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., *Principios de Ética Biomédica*, Editorial Masson, 522 págs., Barcelona, 2002.
- BEVAN, J.C., “Ethics in research”, *Current Opinion in Anaesthesiology*, Vol. 20, págs. 130-136. 2007.
- BLANCO MERCADÉ, A., (Coordinador), *Guía de Consentimiento Informado*, Publicaciones de la Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, 47 págs., Valladolid, 2004.
- BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO N° 27, del 15 de Noviembre de 2002, *Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica*.
- BROGGI, M. A., “La información clínica y el consentimiento informado”, *Medicina Clínica*, Vol. 104, págs., 218-220, Febrero 1995.

- CANTERO MARTÍNEZ, J., *La autonomía del paciente*, Edit. Bomarzo, 92 págs., Albacete, 2005.
- CARLO, J., *La praxis del consentimiento informado en la relación sanitaria: aspectos biojurídicos*, Difusión Jurídica y Temas de Actualidad, D. L., 267 págs., Madrid, 2007.
- CHAPMAN, M.V., WOLFF, A.H., “Consent for anaesthesia”, *Anaesthesia*, Vol. 57, pág. 710, 2002.
- COMAS FUENTES, A., “Encarnizamiento preventivo”, *Jano*, nº. 1.587, pág. 14, 2005.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS, *Código de Ética y Deontología Médica*, 1999.
- CRESPO LÓPEZ, E., “*Estudio médico legal, deontológico y jurisprudencial del Consentimiento Informado en Especialidades médicas*”. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. Año 2001.
- CROWE, S., “Informed consent for regional anaesthesia”, *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 88, págs. 307-8, 2002.
- DANBURY, C.M., “General principles of consent”, *Anaesthesia*, Vol. 58, pág. 281, 2003.
- DE LORENZO MONTERO, R., *El consentimiento Informado en Cirugía*, Editores Médicos, 123 págs., Madrid, 1998.
- DIARIO OFICIAL DE CASTILLA- LA MANCHA Nº 131. *Ley 5/2010, de 24 de Junio, sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla-La Mancha*, Cortes de Castilla-La Mancha, Toledo, 2010
- DOMINO, K.B., “Informed consent for regional anesthesia: what is necessary?”, *Regional anesthesia and pain medicine*, Vol. 32, págs. 1-2, 2007.
- DOWER, J.S.Jr., INDRESANO, A.T., PELTIER, B., “More about informed consent”, *Journal of the American Dental Association (1939)*, Vol. 137, págs. 438-9, 2006.
- DOYLE, D.J., “The ethics of anaesthesia learning curves (comment)”, *Anaesthesia and Intensive Care*, Vol. 38, pág. 208, 2010.
- DREIMAN, B.B., “Informed consent”, *Journal of the American Dental Association (1939)*, Vol. 137, pág. 288, 2006.

- ENGELHARDT, H., TRISTRAM, *Los Fundamentos de la Bioética*, Ediciones Paidós Ibérica S. A., 545 págs., Barcelona, 1995.
- FARRERAS VALENTI, P. y ROZMAN, C., *Medicina Interna*, Editorial Marín S.A., 2 Tomos, 15ª Edición, Madrid, 2004.
- FRAGA MANDIAN, A., “El Consentimiento Informado: (El consentimiento del paciente en la actividad médico quirúrgica)”, *Revista Xuridica Galega, D. L.*, 146 págs., Pontevedra, 1999.
- FRANCO GRANDE, A., ALVAREZ ESCUDERO, J., CORTÉS LAIÑO, J., *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, Editorial Arán, 439 págs., Madrid, 2005.
- GALÁN CORTÉS, J.C., *El Consentimiento Informado del Usuario de los Servicios Sanitarios*, Edit. Colex, 162 págs., Madrid, 1997.
- GALÁN CORTÉS, J.C., *Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado*, Edit. Civitas, 719 págs., Madrid, 2001.
- GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*, Aran Ediciones S. A., 661 págs., Madrid, 1998.
- GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*, Edit. Médica Panamericana S.A., 1467 págs., Madrid, 1996.
- GONZÁLEZ MORO PRATS, L., <http://www.murciapediatrica.com>
- GRACIA GUILLEN, D., “El orden médico. La Ética Médica de Thomas Percival”, *Asclepio, Volumen XXXV*, págs. 227-255, 1983.
- GRACIA GUILLEN, D., *Fundamentos de Bioética*, Editorial Triacastela, 605 págs. Madrid, 2008.
- GRACIA GUILLEN, D., *Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética*, Editorial Triacastela, 516 págs. Madrid, 2004.
- GRACIA, D., JÚDEZ, J., *Ética en la Práctica Clínica*, Edit. Triacastela, 380 págs., Madrid, 2004.
- GUERRA, F., *Historia de la Medicina*, 3ª Edición, Ediciones Norma-Capitel, 911 págs., Las Rozas (Madrid), 2007.

- GUERRERO ZAPLANA, J., *El Consentimiento Informado: su valoración en la jurisprudencia: Ley Básica 41/2002 y leyes autonómicas*, Lex Nova, 283 págs., Valladolid, 2004.
- HERBERT, R.A., “Obtaining informed consent”, *Anesthesiology*, Vol. 96, pág. 1277, 2002.
- HERVÁS, C., CAHISA, M., “Centenario de la raquianestesia en España: los primeros pasos (1899-1904)”, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, Vol. 47, págs., 216-221, 2000.
- HOUGHTON, I.T., “Conservation ethics and anaesthesia”, *Anaesthesia*, Vol. 58, págs. 992-7, 2003.
- <http://iesmurgi.org/filosofía/etica/teorias>
- <http://elabe.bioética.org/32.htm>
- <http://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta>
- <http://eticacvd.blogspot.com>
- IGLESIAS LEPINE, M.L., PEDRO-BOTET MONTOYA, J., PALLÁS VILLARONGA, O., HERNÁNDEZ LEAL, E., ECHARTE, J.L., SOLSONA DURÁN, J.F., “Consentimiento Informado”, *Revista Clínica Española*, N° 207, págs. 483-488, Noviembre, 2007
- IVASHKOV, Y. y VAN NORMAN, G.A., “Informed consent and the etical management of the older patient”, *Anaesthesiology Clinics*, Vol. 27, págs. 569-580, 2003.
- JAMJOOM A.A., WHITE S., WALTON S.M., HARDMAN J.G., MOPPETT I.K. “Anaesthetists' and surgeons' attitudes towards informed consent in the UK: an observational study.”, *BMC Medical Ethics*, Vol. 11, pág. 2, 2010.
- JENKINS, K., BAKER, A.B., “Consent and anaesthetic risk”, *Anaesthesia*, Vol. 58, págs. 962-84, 2003
- LAIN ENTRALGO, P., *Historia de la Medicina*, Salvat Editores S. A., 681 págs., Barcelona, 1982.
- LANGFORD, R.A., “Communication and consent”, *Anaesthesia*. Vol. 64, pág. 1259, 2009.

- LINDEMAN, M., *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna. 1500-1800*, 1ª Edición, Siglo XXI de España Editores S. A., 302 págs., Madrid 2001-
- LÓPEZ DE LA VIEJA, M<sup>a</sup>T., y OTROS, *Bioética. Entre la Medicina y la Ética*, Ediciones Universidad de Salamanca, 234 págs., Salamanca, 2005.
- LÓPEZ MARTÍN, S., *Ética y Deontología Médica*, Edit. Marban, 503 págs. Madrid 2011.
- LYONS, A.S., PETRUCCELLI, R.J. Y COL., *Historia de la Medicina*, Ediciones Doyma S.A., 615 págs., Barcelona, 1980.
- MACDONALD, R., “Consent for anaesthesia”, *Anaesthesia*. Vol. 58, pág. 1235, 2003.
- MAINETTI, J.A., *Ética Médica. Introducción Histórica*, Editorial Quirón, La Plata, 1989.
- MARCO, A.P., “Informed consent for surgical anesthesia care: has the time come for separate consent?”, *Anesthesia and analgesia*, Vol. 110, págs. 280-2, 2010.
- MARCUCCI C., SEAGULL F.J., LORECK D., BOURKE D.L., SANDSON N.B., “Capacity to give surgical consent does not imply capacity to give anesthesia consent: implications for anesthesiologists”, *Anesthesia and analgesia*, Vol. 110, págs. 596-600, 2010.
- MARTIN MATEO, R., *Bioética y Derecho*, Editorial Ariel, 189 págs., Barcelona, 1987.
- MAYO MOLDES, M., BARREIRO CANOSA, J.L., PEREIRA TAMAYO, J.A. Y VILANOVA VAZQUEZ, V., “Consecuencias del Consentimiento Informado en la responsabilidad por actos anestésicos”, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Vol. 55, págs. 521-523, 2008.
- MENDOZA ROMO, M. A.; NAVA ZÁRATE, N.; ESCALANTE PULIDO, J. M., “Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica”, *Gaceta Médica de México*, N° 139, págs., 184-187. Marzo-Abril 2003.
- MILLER, R.D., *Miller Anestesia*, Elsevier España, 3204 págs., Madrid, 2005.
- MONTOYA SAENZ, J., [http://www.mercaba.org/DicPC/E/etica\\_sistemas\\_de.htm](http://www.mercaba.org/DicPC/E/etica_sistemas_de.htm)
- MOORES, A., PACE, N.A., “The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia”, *Anaesthesia*, Vol. 58, págs. 703-6, 2003.

- MORGAN JR., G.E., MIKHAIL, M.S., MURRAY, M.J., *Anestesiología Clínica*, Editorial El manual moderno S.A., 1072 págs., México, 2007.
- MULAS LOBATO, D., ROLDÁN OSASUNA, J., “Primum non nocere”, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Vol. 56, págs. 67-8, 2009.
- MUÑOYERRO, L.A., *Código de Deontología Médica*, Ediciones Fax, 224 págs., Madrid, 1942.
- MUÑOZ GARRIDO, R., “Aspecto Jurídico-Penal de la Eutanasia”, *Dilemas éticos de la medicina actual. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas*, Javier Gafo Ediciones, págs. 191-204, 1986.
- MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, *Sal Terrae. Revista de Teología Pastoral*, Separata de Julio-Agosto 2001, págs. 551-562.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Informe Belmont*, DHEW Publication No. (OS) 78-0012, 1978.
- OCAMPO MARTINEZ, J., “La bioética y la crisis de la ética médica tradicional”, *Anales Médicos de la Asociación Médica Hospitalaria, Volumen XLVI, nº 2, págs., 92-96, 2001*.
- PALOMARES BAYO, M., LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERNA, J. y OTROS, *El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital*, Edit. Comares, 310 págs., Granada, 2002.
- PANIAGUA ARELLANO, J.A., “Cautela de los Médicos de Arnaldo de Vilanova”, *Asclepio, nº I, págs., 367-373, 1949*.
- PANIAGUA ARELLANO, J.A., “Vida de Arnaldo de Vilanova”, *Asclepio, nº III, págs., 3-83, 1951*.
- PANIAGUA ARELLANO, J.A., “Cronología de los hechos de la vida de Arnaldo de Vilanova”, *Asclepio, nº XI, págs., 420-432, 1959*.
- PANIAGUA ARELLANO, J.A., “La obra médica de Arnaldo de Vilanova”, *Asclepio, nº XI, págs., 351-401, 1959*.
- PEIRO, F., *Manual de Deontología Médica*, Editorial Estades, 446 págs., Madrid, 1944.

- PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, A., *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica*, Editorial Comares, 152 págs., Granada, 2009.
- PEREZ, M.L., GELPI, R.J., y RANCICH, A.M., <http://posgrado-fcm-unlp.com.ar/index>
- PEREZ CASTANEDO, J., y OTROS, “Información sobre los riesgos operatorios: opinión de los médicos implicados y de los pacientes”. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Vol. 51, págs. 20-27, 2004.
- PÉREZ FERRER, A., GREDILLA, E., DE VICENTE, J., GARCIA FERNANDEZ, J., REINOSO BARBERO, F., “Jehovah’s Witnesses refusal of blood: religious, legal and ethical aspects and considerations for anesthetic management”, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, Vol. 53, págs. 31-41, 2006.
- PÉREZ MORENO, J.A., PÉREZ CÁRCELES, M.D., OSUNA, E., LUNA, A., “Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente”, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, Vol. 45, págs., 130-135, 1998.
- POLO BARRENA, L., *Ética, hacia una versión moderna de los temas clásicos*, 2ª Edición, Unión Editorial S. A., 198 págs., Madrid, 1997.
- QUADRI, S., SAUNDERS, P., “Consent in patients with language difficulties”, *Anaesthesia*, Vol. 58, pág. 1121, 2003.
- RANGANATHAN, M., RAGHURAMAN, G., “Ethical considerations in obtaining consent under anaesthesia”, *Anaesthesia*. Vol. 58, págs. 1250-1, 2003.
- RONCORONI, A.J., “La Ética Médica en el mundo del mercado. Fidelidad hipocrática o fidelidad a la empresa”, *Revista de Medicina. Buenos Aires*. Vol. 60, nº 1, págs., 82-88, 2000.
- ROSIE, J.P., “Paternalism and tradition”, *British dental journal*, Vol. 197, pág. 113, 2004.
- ROSIQUE BELMONTE, I.M., “*Influencia de variables epidemiológicas en el Consentimiento Informado preanestésico*”. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Año 2004.
- SÁDABA, J., *La Ética contada con sencillez*, Nuevas Ediciones, 163 págs., Madrid, 2004.

- SAKAGUCHI, M., MAEDA, S., “Informed consent for anesthesia: survey of current practices in Japan”, *Journal of anesthesia*. Vol. 19, págs. 315-9, 2005.
- SALA BLANCH, X., MOYA RUIZ, C., EDO CEBOLLADA, L., “Utilidad de una hoja anestésica informativa anterior a la visita preoperatoria”. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Vol. 47, págs. 10-14, 2000.
- SÁNCHEZ-CARO, J., *Derechos y deberes de los pacientes*, Editorial Comares, 127 págs., Granada, 2003.
- SÁNCHEZ GRANJEL, L., *Historia de la Medicina Española*, Sayma Ediciones y Publicaciones, 207 págs., Barcelona, 1962.
- SÁNCHEZ GRANJEL, L., “Legislación Sanitaria Española en el Siglo XIX”, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, Vol. XI, págs., 255-307, 1972.
- SÁNCHEZ GRANJEL, L., *La Medicina Española Contemporánea*, Ediciones Universidad de Salamanca, 264 págs., Salamanca, 1986.
- SÁNCHEZ TORRES, F., *Temas de Ética Médica*, <http://www.encolombia.com>
- SEGUÍ DÍAZ, M., “El inmigrante en la consulta del médico de cabecera”, *Semergen*, Vol.31, nº. 11, págs. 505-507, 2005.
- SERVICIO DE ASISTENCIA SANITARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO DE NAVARRA, *El Consentimiento Informado: Guía Práctica*, 63 págs., Pamplona, 1997.
- SHAFER A. “ It blew my mind: exploring the difficulties of anesthesia informed consent through narrative”, *Anesthesiology*, Vol. 110, págs. 445-6, 2009.
- SHOTT, H. y OTROS, *Crónica de la Medicina*, Plaza y Janés Editores S. A., 664 págs., Barcelona, 2004.
- SIMON LORDA, P., *El Consentimiento Informado*, Edit. Triacastela, 479 págs., Madrid, 2000.
- SIMON LORDA, P., “Diez mitos en torno al consentimiento informado”, *Anuario del Sistema Sanitario Navarro*, Nº 29, Suplemento 3, págs. 29-40, 2006.

- SIMON LORDA, P., JÚDEZ GUTIERREZ, J., “Consentimiento Informado”, *Medicina Clínica*, Nº 117, págs. 99-106, Junio, 2001.
- SLOIN, C.M., “Informed consent”, *Journal of the American Dental Association (1939)*, Vol. 132, pág. 1205, 2001.
- SOSIS, M.B., “Proper consent for clinical anesthesia research may be difficult to obtain on the day of surgery”, *Anesthesia and analgesia*, Vol. 99, págs. 1272, 2004.
- TAIT, A.R., VOEPEL-LEWIS, T., MALVIYA, S., “Do they understand? (part I): parental consent for children participating in clinical anesthesia and surgery research”, *Anesthesiology*, Vol. 98, págs. 603-8, 2003.
- TAIT, A.R., VOEPEL-LEWIS, T., MALVIYA, S., “Do they understand? (part II): parental consent for children participating in clinical anesthesia and surgery research”, *Anesthesiology*, Vol. 98, págs. 609-14, 2003.
- THOMS, G.M., McHUGH, G.A., LACK, J.A., “What information do anaesthetist provide for patients?”, *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 89, págs. 917-9, 2002.
- TORRES MORERA, L.M., *Tratado de Anestesia y Reanimación*, Arán ediciones S.A., 1680 págs., Madrid, 2001.
- UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, “Apuntes de Historia de la Medicina”, <http://escuela.med.puc.cl/publ/HistoriaMedicina/Indice.html>.
- VARÓ PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IMG/pdf/etica4c.pdf>
- WAISEL, D.B., LAMIANI, G., SANDROCK, N.J., PASCUCCI, R., TRUOG, R.D., MEYER, E.C., “Anesthesiology trainees face ethical, practical, and relational challenges in obtaining informed consent”, *Anesthesiology*, Vol. 110, págs. 480-6, 2009.
- WHITE, S.M., BALDWIN, T.J., “Consent for anaesthesia”, *Anaesthesia*, Vol. 58, págs. 760-74, 2003.



## *x. ANEXOS*



## **ANEXO 1: TABLAS DE CONTINGENCIA DE BLOQUE DE ANESTESIÓLOGOS**

A continuación se exponen las tablas de contingencia realizadas en el bloque de preguntas del cuestionario de Anestesiólogos que están en relación con los distintos datos demográficos y con otras preguntas de ese mismo bloque. La numeración de las preguntas se corresponde con la utilizada en dicho cuestionario y que anteriormente ha quedado reflejada en el apartado Material y Método.

### **PREGUNTA III.1**

*¿Conoce las cuatro principales teorías éticas que afectan al ejercicio profesional médico? (Ética de la Virtud, Deontologismo, Consecuencialismo y Ética de los Principios.)*

**Tabla 1: III.1 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,193 <sup>a</sup>	25	,153
Razón de verosimilitudes	40,877	25	,024
Asociación lineal por lineal	6,877	1	,009
N de casos válidos	53		
a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.			
<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,615	,153
N de casos válidos		53	

**Tabla 2: III.1 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,750 <sup>a</sup>	1	,386		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,327	1	,567		
Razón de verosimilitudes	,761	1	,383		
Estadístico exacto de Fisher				,557	,285
Asociación lineal por lineal	,736	1	,391		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,47.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,118	,386
N de casos válidos	53	

**Tabla 3: III.1 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,003 <sup>a</sup>	1	,958		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,003	1	,958		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,622
Asociación lineal por lineal	,003	1	,959		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,08.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,007	,958
N de casos válidos	53	

**Tabla 4: III.1 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,089 <sup>a</sup>	2	,580
Razón de verosimilitudes	1,719	2	,423
Asociación lineal por lineal	,175	1	,676
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,142	,580
N de casos válidos		53	

**Tabla 5: III.1 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,326 <sup>a</sup>	3	,062
Razón de verosimilitudes	7,016	3	,071
Asociación lineal por lineal	5,024	1	,025
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,348	,062
N de casos válidos		53	

**Tabla 6: III.1 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,666 <sup>a</sup>	1	,414		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,185	1	,667		
Razón de verosimilitudes	,706	1	,401		
Estadístico exacto de Fisher				,701	,344
Asociación lineal por lineal	,654	1	,419		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,06.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,111	,414
N de casos válidos	53	

**Tabla 7: III.1 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,524 <sup>a</sup>	1	,469		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,840	1	,359		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,660
Asociación lineal por lineal	,514	1	,473		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,099	,469
N de casos válidos	53	

## PREGUNTA III.2

*¿Conoce los cuatro principios éticos principales? (Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía)*

**Tabla 8: III.2 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,178 <sup>a</sup>	25	,022
Razón de verosimilitudes	38,928	25	,037
Asociación lineal por lineal	1,796	1	,180
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,661	,022
N de casos válidos		53	

**Tabla 9: III.2 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,826 <sup>a</sup>	1	,093		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,716	1	,190		
Razón de verosimilitudes	2,798	1	,094		
Estadístico exacto de Fisher				,140	,096
Asociación lineal por lineal	2,773	1	,096		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,74.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,225	,093
N de casos válidos		53	

**Tabla 10: III.2 \* Puesto trabajo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,173 <sup>a</sup>	1	,075		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,807	1	,179		
Razón de verosimilitudes	5,136	1	,023		
Estadístico exacto de Fisher				,100	,079
Asociación lineal por lineal	3,113	1	,078		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,04.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,238	,075
N de casos válidos		53	

**Tabla 11: III.2 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,937 <sup>a</sup>	2	,051
Razón de verosimilitudes	6,215	2	,045
Asociación lineal por lineal	2,697	1	,101
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,317	,051
N de casos válidos		53	

**Tabla 12: III.2 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,036 <sup>a</sup>	3	,386
Razón de verosimilitudes	4,329	3	,228
Asociación lineal por lineal	2,962	1	,085
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,02.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,233	,386
N de casos válidos		53	

**Tabla 13: III.2 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,217 <sup>a</sup>	1	,136		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,004	1	,316		
Razón de verosimilitudes	3,708	1	,054		
Estadístico exacto de Fisher				,329	,160
Asociación lineal por lineal	2,176	1	,140		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,53.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,200	,136
N de casos válidos	53	

**Tabla 14: III.2 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,983 <sup>a</sup>	1	,026		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,788	1	,375		
Razón de verosimilitudes	3,643	1	,056		
Estadístico exacto de Fisher				,170	,170
Asociación lineal por lineal	4,889	1	,027		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,293	,026
N de casos válidos	53	

### **PREGUNTA III.3**

*¿Conoce y maneja el Código de Ética y Deontología Médica vigente?*

**Tabla 15: III.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,910 <sup>a</sup>	25	,360
Razón de verosimilitudes	35,532	25	,079
Asociación lineal por lineal	5,496	1	,019
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,580	,360
N de casos válidos		53	

**Tabla 16: III.3 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,266 <sup>a</sup>	1	,606		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,051	1	,822		
Razón de verosimilitudes	,267	1	,605		
Estadístico exacto de Fisher				,773	,413
Asociación lineal por lineal	,261	1	,610		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,89.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,071	,606
N de casos válidos		53	

**Tabla 17: III.3 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,043 <sup>a</sup>	1	,836		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,043	1	,836		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,561
Asociación lineal por lineal	,042	1	,838		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,30.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,028	,836
N de casos válidos		53	

**Tabla 18: III.3 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,293 <sup>a</sup>	2	,318
Razón de verosimilitudes	2,930	2	,231
Asociación lineal por lineal	,114	1	,735
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,72.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,204	,318
N de casos válidos		53	

**Tabla 19: III.3 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,378 <sup>a</sup>	3	,223
Razón de verosimilitudes	4,335	3	,227
Asociación lineal por lineal	1,000	1	,317
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,15.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,276	,223
N de casos válidos		53	

**Tabla 20: III.3 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,875 <sup>a</sup>	1	,349		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,307	1	,579		
Razón de verosimilitudes	,931	1	,335		
Estadístico exacto de Fisher				,463	,297
Asociación lineal por lineal	,859	1	,354		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,23.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,127	,349
N de casos válidos		53	

**Tabla 21: III.3 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,570 <sup>a</sup>	1	,450		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,899	1	,343		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,642
Asociación lineal por lineal	,559	1	,455		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,103	,450
N de casos válidos		53	

### PREGUNTA III.4

*¿Conoce la normativa legal vigente que regula el ejercicio profesional médico? (Constitución Española, Ley Gral. de Sanidad, Ley de O. de la Prof. Sanitarias, Ley Básica de Autonomía del paciente y Normativa autonómica al respecto.)*

**Tabla 22: III.4 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,349 <sup>a</sup>	25	,869
Razón de verosimilitudes	23,407	25	,554
Asociación lineal por lineal	2,973	1	,085
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,497	,869
N de casos válidos		53	

**Tabla 23: III.4 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,290 <sup>a</sup>	1	,590		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,067	1	,796		
Razón de verosimilitudes	,291	1	,589		
Estadístico exacto de Fisher				,780	,399
Asociación lineal por lineal	,285	1	,593		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,96.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia		,074	,590
N de casos válidos			53	

**Tabla 24: III.4 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,894 <sup>a</sup>	1	,344		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,379	1	,538		
Razón de verosimilitudes	,911	1	,340		
Estadístico exacto de Fisher				,512	,271
Asociación lineal por lineal	,877	1	,349		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,43.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,129	,344
N de casos válidos		53	

**Tabla 25: III.4 \* II.1**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,021 <sup>a</sup>	2	,990
Razón de verosimilitudes	,021	2	,990
Asociación lineal por lineal	,012	1	,914
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,91.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,020	,990
N de casos válidos		53	

**Tabla 26: III.4 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,902 <sup>a</sup>	3	,593
Razón de verosimilitudes	1,914	3	,591
Asociación lineal por lineal	,631	1	,427
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,72.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,186	,593
N de casos válidos		53	

**Tabla 27: III.4 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,625 <sup>a</sup>	1	,429		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,179	1	,672		
Razón de verosimilitudes	,638	1	,424		
Estadístico exacto de Fisher				,487	,340
Asociación lineal por lineal	,613	1	,434		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,08.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,108	,429
N de casos válidos		53	

**Tabla 28: III.4 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,844 <sup>a</sup>	1	,358	1,000	,547
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,222	1	,269		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,828	1	,363		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,125	,358
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA IV.1**

*¿Considera necesario el C.I. en Anestesiología?*

**Tabla 29: IV.1 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,990 <sup>a</sup>	25	,408
Razón de verosimilitudes	7,149	25	1,000
Asociación lineal por lineal	,250	1	,617
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,574	,408
N de casos válidos		53	

**Tabla 30: IV.1 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,723 <sup>a</sup>	1	,395		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,086	1	,297		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,585
Asociación lineal por lineal	,710	1	,400		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,116	,395
N de casos válidos		53	

**Tabla 31: IV.1 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,298 <sup>a</sup>	1	,585		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,519	1	,471		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,774
Asociación lineal por lineal	,293	1	,589		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,075	,585
N de casos válidos		53	

**Tabla 32: IV.1 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,844 <sup>a</sup>	2	,656
Razón de verosimilitudes	1,222	2	,543
Asociación lineal por lineal	,740	1	,390
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,125	,656
N de casos válidos		53	

**Tabla 33: IV.1 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,844 <sup>a</sup>	3	,839
Razón de verosimilitudes	1,222	3	,748
Asociación lineal por lineal	,666	1	,414
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,125	,839
N de casos válidos		53	

**Tabla 34: IV.1 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,208 <sup>a</sup>	1	,648		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,376	1	,540		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,830
Asociación lineal por lineal	,205	1	,651		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,063	,648
N de casos válidos		53	

**Tabla 35: IV.1 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,020 <sup>a</sup>	1	,889		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,038	1	,845		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,981
Asociación lineal por lineal	,019	1	,890		
N de casos válidos	53				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,019	,889
N de casos válidos		53	

## PREGUNTA IV.2

*¿Cuál es la razón principal por la que aplica el C.I.?*

**Tabla 36: IV.2 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,181 <sup>a</sup>	50	,627
Razón de verosimilitudes	43,886	50	,716
Asociación lineal por lineal	,153	1	,696
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,682	,627
N de casos válidos		53	

**Tabla 37: IV.2 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,223 <sup>a</sup>	2	,543
Razón de verosimilitudes	1,267	2	,531
Asociación lineal por lineal	,586	1	,444
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,150	,543
N de casos válidos		53	

**Tabla 38: IV.2 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,495 <sup>a</sup>	2	,473
Razón de verosimilitudes	1,382	2	,501
Asociación lineal por lineal	,985	1	,321
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,13.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,166	,473
N de casos válidos		53	

**Tabla 39: IV.2 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,462 <sup>a</sup>	4	,651
Razón de verosimilitudes	2,464	4	,651
Asociación lineal por lineal	,175	1	,676
N de casos válidos	53		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,211	,651
N de casos válidos		53	

**Tabla 40: IV.2 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,674 <sup>a</sup>	6	,352
Razón de verosimilitudes	10,042	6	,123
Asociación lineal por lineal	,339	1	,560
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,57.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,334	,352
N de casos válidos		53	

**Tabla 41: IV.2 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,380 <sup>a</sup>	2	,304
Razón de verosimilitudes	2,060	2	,357
Asociación lineal por lineal	1,851	1	,174
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,85.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,207	,304
N de casos válidos		53	

**Tabla 42: IV.2 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,441 <sup>a</sup>	2	,802
Razón de verosimilitudes	,727	2	,695
Asociación lineal por lineal	,044	1	,833
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,091	,802
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA IV.3**

*¿Qué valora más en el proceso del C.I.?*

**Tabla 43: IV.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,586 <sup>a</sup>	25	,660
Razón de verosimilitudes	24,314	25	,501
Asociación lineal por lineal	,051	1	,821
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,538	,660
N de casos válidos		53	

**Tabla 44: IV.3 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,972 <sup>a</sup>	1	,324		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,412	1	,521		
Razón de verosimilitudes	,959	1	,327		
Estadístico exacto de Fisher				,493	,259
Asociación lineal por lineal	,953	1	,329		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,57.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,134	,324
N de casos válidos		53	

**Tabla 45: IV.3 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,158 <sup>a</sup>	1	,691		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,164	1	,686		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,521
Asociación lineal por lineal	,155	1	,694		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,49.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,054	,691
N de casos válidos		53	

**Tabla 46: IV.3 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,310 <sup>a</sup>	2	,520
Razón de verosimilitudes	1,689	2	,430
Asociación lineal por lineal	,126	1	,723
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,155	,520
N de casos válidos		53	

**Tabla 47: IV.3 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,912 <sup>a</sup>	3	,822
Razón de verosimilitudes	,889	3	,828
Asociación lineal por lineal	,160	1	,689
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,25.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,130	,822
N de casos válidos		53	

**Tabla 48: IV.3 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,014 <sup>a</sup>	1	,905		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,014	1	,906		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,606
Asociación lineal por lineal	,014	1	,906		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,87.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,016	,905
N de casos válidos		53	

**Tabla 49: IV.3 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,267 <sup>a</sup>	1	,605		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,470	1	,493		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,792
Asociación lineal por lineal	,262	1	,609		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,071	,605
N de casos válidos		53	

## PREGUNTA IV.4

*Cuantifique que porcentaje de pacientes considera que están capacitados para comprender la información que se les proporciona*

**Tabla 50: IV.4 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	90,106 <sup>a</sup>	75	,113
Razón de verosimilitudes	85,622	75	,189
Asociación lineal por lineal	,369	1	,543
N de casos válidos	53		

a. 104 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,794	,113
N de casos válidos		53	

**Tabla 51: IV.4 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,407 <sup>a</sup>	3	,221
Razón de verosimilitudes	4,579	3	,205
Asociación lineal por lineal	,062	1	,804
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,49.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,277	,221
N de casos válidos		53	

**Tabla 52: IV.4 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,374 <sup>a</sup>	3	,337
Razón de verosimilitudes	3,314	3	,346
Asociación lineal por lineal	1,316	1	,251
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,36.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,245	,337
N de casos válidos		53	

**Tabla 53: IV.4 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,767 <sup>a</sup>	6	,574
Razón de verosimilitudes	5,511	6	,480
Asociación lineal por lineal	,225	1	,635
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,287	,574
N de casos válidos		53	

**Tabla 54: IV.4 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,088 <sup>a</sup>	9	,034
Razón de verosimilitudes	15,838	9	,070
Asociación lineal por lineal	,114	1	,736
N de casos válidos	53		

a. 14 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,504	,034
N de casos válidos		53	

**Tabla 55: IV.4 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,097 <sup>a</sup>	3	,778
Razón de verosimilitudes	1,051	3	,789
Asociación lineal por lineal	,058	1	,810
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,02.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,142	,778
N de casos válidos		53	

**Tabla 56: IV.4 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,329 <sup>a</sup>	3	,722
Razón de verosimilitudes	1,695	3	,638
Asociación lineal por lineal	,309	1	,578
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,156	,722
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA IV.5**

*Siendo necesaria la intervención ¿qué considera adecuado para que el paciente firme el C.I.?*

**Tabla 57: IV.5 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,605 <sup>a</sup>	50	,242
Razón de verosimilitudes	25,590	50	,998
Asociación lineal por lineal	,103	1	,749
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,719	,242
N de casos válidos		53	

**Tabla 58: IV.5 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,501 <sup>a</sup>	2	,472
Razón de verosimilitudes	1,853	2	,396
Asociación lineal por lineal	,086	1	,769
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,166	,472
N de casos válidos		53	

**Tabla 59: IV.5 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,266 <sup>a</sup>	2	,531
Razón de verosimilitudes	2,148	2	,342
Asociación lineal por lineal	,913	1	,339
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,153	,531
N de casos válidos		53	

**Tabla 60: IV.5 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,486 <sup>a</sup>	4	,075
Razón de verosimilitudes	4,624	4	,328
Asociación lineal por lineal	,001	1	,977
N de casos válidos	53		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,371	,075
N de casos válidos		53	

**Tabla 61: IV.5 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,759 <sup>a</sup>	6	,451
Razón de verosimilitudes	5,525	6	,478
Asociación lineal por lineal	,179	1	,672
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,313	,451
N de casos válidos		53	

**Tabla 62: IV.5 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,788 <sup>a</sup>	2	,674
Razón de verosimilitudes	,859	2	,651
Asociación lineal por lineal	,000	1	,988
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,121	,674
N de casos válidos		53	

**Tabla 63: IV.5 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,987 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	6,103	2	,047
Asociación lineal por lineal	3,682	1	,055
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,493	,000
N de casos válidos		53	

## PREGUNTA IV.6

*¿Considera que debe respetar el derecho a no saber, si así se lo manifiesta el paciente?*

**Tabla 64: IV.6 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,758 <sup>a</sup>	25	,233
Razón de verosimilitudes	24,253	25	,505
Asociación lineal por lineal	2,102	1	,147
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,600	,233
N de casos válidos		53	

**Tabla 65: IV.6 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,201 <sup>a</sup>	1	,654		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	,993		
Razón de verosimilitudes	,198	1	,656		
Estadístico exacto de Fisher				,683	,489
Asociación lineal por lineal	,197	1	,657		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,49.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,061
N de casos válidos		53

**Tabla 66: IV.6 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,138 <sup>a</sup>	1	,710		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,147	1	,702		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,588
Asociación lineal por lineal	,135	1	,713		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,36.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,051	,710
N de casos válidos		53	

**Tabla 67: IV.6 \* II.1**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,541 <sup>a</sup>	2	,763
Razón de verosimilitudes	,763	2	,683
Asociación lineal por lineal	,504	1	,478
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,101	,763
N de casos válidos		53	

**Tabla 68: IV.6 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,302 <sup>a</sup>	3	,512
Razón de verosimilitudes	2,646	3	,449
Asociación lineal por lineal	,755	1	,385
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,204	,512
N de casos válidos		53	

**Tabla 69: IV.6 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 <sup>a</sup>	1	,983		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,000	1	,983		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,733
Asociación lineal por lineal	,000	1	,983		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,02.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,003	,983
N de casos válidos		53	

**Tabla 70: IV.6 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,130 <sup>a</sup>	1	,718		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,243	1	,622		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,887
Asociación lineal por lineal	,128	1	,721		
N de casos válidos	53				
<p>a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.</p> <p>b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.</p>					
<b>Medidas simétricas</b>					
		Valor	Sig. aproximada		
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,049	,718		
N de casos válidos		53			

## **PREGUNTA IV.7**

*¿Cómo considera el formulario de C.I. que actualmente utiliza en su hospital?*

**Tabla 71: IV.7 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,320 <sup>a</sup>	75	,923
Razón de verosimilitudes	55,627	75	,954
Asociación lineal por lineal	,604	1	,437
N de casos válidos	53		

a. 104 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,724	,923
N de casos válidos		53	

**Tabla 72: IV.7 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,217 <sup>a</sup>	3	,749
Razón de verosimilitudes	1,208	3	,751
Asociación lineal por lineal	,174	1	,677
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,150	,749
N de casos válidos		53	

**Tabla 73: IV.7 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,041 <sup>a</sup>	3	,791
Razón de verosimilitudes	,904	3	,824
Asociación lineal por lineal	,152	1	,697
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,139	,791
N de casos válidos		53	

**Tabla 74: IV.7 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,523 <sup>a</sup>	6	,202
Razón de verosimilitudes	7,729	6	,259
Asociación lineal por lineal	,152	1	,697
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,372	,202
N de casos válidos		53	

**Tabla 75: IV.7 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,480 <sup>a</sup>	9	,030
Razón de verosimilitudes	15,472	9	,079
Asociación lineal por lineal	1,565	1	,211
N de casos válidos	53		

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,508	,030
N de casos válidos		53	

**Tabla 76: IV.7 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,809 <sup>a</sup>	3	,422
Razón de verosimilitudes	3,215	3	,360
Asociación lineal por lineal	1,940	1	,164
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,224	,422
N de casos válidos		53	

**Tabla 77: IV.7 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,910 <sup>a</sup>	3	,823
Razón de verosimilitudes	1,293	3	,731
Asociación lineal por lineal	,630	1	,427
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,130	,823
N de casos válidos		53	

### **PREGUNTA V.1**

*En su ejercicio profesional en este Complejo Hospitalario, ¿se les facilita el documento de C.I. de anestesia a todos los pacientes?*

**Tabla 78: V.1 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,017 <sup>a</sup>	25	,131
Razón de verosimilitudes	37,292	25	,054
Asociación lineal por lineal	1,467	1	,226
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,620	,131
N de casos válidos		53	

**Tabla 79: V.1 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,808 <sup>a</sup>	1	,179		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,024	1	,312		
Razón de verosimilitudes	1,787	1	,181		
Estadístico exacto de Fisher				,202	,156
Asociación lineal por lineal	1,774	1	,183		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,98.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,182	,179
N de casos válidos		53	

**Tabla 80: V.1 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,012 <sup>a</sup>	1	,314		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,377	1	,539		
Razón de verosimilitudes	,952	1	,329		
Estadístico exacto de Fisher				,434	,262
Asociación lineal por lineal	,993	1	,319		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,72.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal      Coeficiente de contingencia	,137	,314
N de casos válidos	53	

**Tabla 81: V.1 \* II.1**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,142 <sup>a</sup>	2	,565
Razón de verosimilitudes	1,011	2	,603
Asociación lineal por lineal	,004	1	,949
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal      Coeficiente de contingencia	,145	,565
N de casos válidos	53	

**Tabla 82: V.1 \* II.2**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,940 <sup>a</sup>	3	,401
Razón de verosimilitudes	4,293	3	,232
Asociación lineal por lineal	,426	1	,514
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,36.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,229	,401
N de casos válidos		53	

**Tabla 83: V.1 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 <sup>a</sup>	1	,974		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,001	1	,974		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,673
Asociación lineal por lineal	,001	1	,974		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,04.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,005	,974
N de casos válidos		53	

**Tabla 84: V.1 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,298 <sup>a</sup>	1	,585	1,000	,774
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,519	1	,471		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,293	1	,589		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,075	,585
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA V.2**

*Además de obtener el consentimiento del paciente ¿deja constancia de este hecho en la historia clínica?*

**Tabla 85: V.2 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,708 <sup>a</sup>	50	,606
Razón de verosimilitudes	55,512	50	,275
Asociación lineal por lineal	,706	1	,401
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,684	,606
N de casos válidos		53	

**Tabla 86: V.2 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,735 <sup>a</sup>	2	,094
Razón de verosimilitudes	4,776	2	,092
Asociación lineal por lineal	2,039	1	,153
N de casos válidos	53		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,40.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,286	,094
N de casos válidos		53	

**Tabla 87: V.2 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,003 <sup>a</sup>	2	,998
Razón de verosimilitudes	,003	2	,998
Asociación lineal por lineal	,003	1	,955
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,94.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,008	,998
N de casos válidos		53	

**Tabla 88: V.2 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,803 <sup>a</sup>	4	,308
Razón de verosimilitudes	5,245	4	,263
Asociación lineal por lineal	1,243	1	,265
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,288	,308
N de casos válidos		53	

**Tabla 89: V.2 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,945 <sup>a</sup>	6	,551
Razón de verosimilitudes	5,161	6	,523
Asociación lineal por lineal	1,650	1	,199
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,47.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,292	,551
N de casos válidos		53	

**Tabla 90: V.2 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,519 <sup>a</sup>	2	,772
Razón de verosimilitudes	,501	2	,778
Asociación lineal por lineal	,164	1	,685
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,21.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,098	,772
N de casos válidos		53	

**Tabla 91: V.2 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,136 <sup>a</sup>	2	,208
Razón de verosimilitudes	2,871	2	,238
Asociación lineal por lineal	2,079	1	,149
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,236	,208
N de casos válidos		53	

### **PREGUNTA V.3**

*Si el paciente se lo solicita ¿amplia o explica la información?*

**Tabla 92: V.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,230 <sup>a</sup>	25	,035
Razón de verosimilitudes	14,260	25	,957
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,652	,035
N de casos válidos		53	

**Tabla 93: V.3 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,062 <sup>a</sup>	1	,804		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,061	1	,805		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,663
Asociación lineal por lineal	,061	1	,806		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,034	,804
N de casos válidos		53	

**Tabla 94: V.3 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,608 <sup>a</sup>	1	,435		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,050	1	,306		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,595
Asociación lineal por lineal	,597	1	,440		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,107	,435
N de casos válidos	53	

**Tabla 95: V.3 \* II.1**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,641 <sup>a</sup>	2	,002
Razón de verosimilitudes	5,560	2	,062
Asociación lineal por lineal	1,626	1	,202
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,439	,002
N de casos válidos	53	

**Tabla 96: V.3 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,937 <sup>a</sup>	3	,030
Razón de verosimilitudes	7,024	3	,071
Asociación lineal por lineal	1,704	1	,192
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,380	,030
N de casos válidos		53	

**Tabla 97: V.3 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,607 <sup>a</sup>	1	,205		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,095	1	,758		
Razón de verosimilitudes	1,208	1	,272		
Estadístico exacto de Fisher				,313	,313
Asociación lineal por lineal	1,577	1	,209		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,172	,205
N de casos válidos		53	

**Tabla 98: V.3 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,040 <sup>a</sup>	1	,842		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,078	1	,780		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,962
Asociación lineal por lineal	,039	1	,843		
N de casos válidos	53				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,027	,842
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA V.4**

*En el caso de su hospital ¿dispone el anestesiólogo de tiempo suficiente para responder a las dudas que pueda tener el paciente?*

**Tabla 99: V.4 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,009 <sup>a</sup>	50	,711
Razón de verosimilitudes	52,479	50	,378
Asociación lineal por lineal	,363	1	,547
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,674	,711
N de casos válidos		53	

**Tabla 100: V.4 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,557 <sup>a</sup>	2	,757
Razón de verosimilitudes	,554	2	,758
Asociación lineal por lineal	,522	1	,470
N de casos válidos	53		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,98.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,102	,757
N de casos válidos		53	

**Tabla 101: V.4 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,528 <sup>a</sup>	2	,768
Razón de verosimilitudes	,531	2	,767
Asociación lineal por lineal	,517	1	,472
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,72.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,099	,768
N de casos válidos		53	

**Tabla 102: V.4 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,360 <sup>a</sup>	4	,079
Razón de verosimilitudes	8,822	4	,066
Asociación lineal por lineal	2,886	1	,089
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,369	,079
N de casos válidos		53	

**Tabla 103: V.4 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,709 <sup>a</sup>	6	,844
Razón de verosimilitudes	2,634	6	,853
Asociación lineal por lineal	,022	1	,881
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,36.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,221	,844
N de casos válidos		53	

**Tabla 104: V.4 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,554 <sup>a</sup>	2	,460
Razón de verosimilitudes	1,716	2	,424
Asociación lineal por lineal	1,469	1	,225
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,169	,460
N de casos válidos		53	

**Tabla 105: V.4 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,981 <sup>a</sup>	2	,612
Razón de verosimilitudes	1,367	2	,505
Asociación lineal por lineal	,003	1	,957
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,135	,612
N de casos válidos		53	

## **PREGUNTA V.5**

*¿Facilita al paciente información sobre la técnica anestésica que probablemente se vaya a emplear durante la intervención?*

**Tabla 106: V.5 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,553 <sup>a</sup>	25	,604
Razón de verosimilitudes	28,510	25	,285
Asociación lineal por lineal	1,235	1	,266
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,546	,604
	N de casos válidos	53	

**Tabla 107: V.5 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,005 <sup>a</sup>	1	,008		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	5,490	1	,019		
Razón de verosimilitudes	7,030	1	,008		
Estadístico exacto de Fisher				,014	,010
Asociación lineal por lineal	6,873	1	,009		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,64.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,342	,008
	N de casos válidos	53	

**Tabla 108: V.5 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,346 <sup>a</sup>	1	,246		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,644	1	,422		
Razón de verosimilitudes	1,463	1	,227		
Estadístico exacto de Fisher				,307	,215
Asociación lineal por lineal	1,320	1	,251		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,62.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,157	,246
N de casos válidos		53	

**Tabla 109: V.5 \* II.1**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,131 <sup>a</sup>	2	,017
Razón de verosimilitudes	8,491	2	,014
Asociación lineal por lineal	7,162	1	,007
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,365	,017
N de casos válidos		53	

**Tabla 110: V.5 \* II.2**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,877 <sup>a</sup>	3	,831
Razón de verosimilitudes	,936	3	,817
Asociación lineal por lineal	,288	1	,591
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,81.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,128	,831
N de casos válidos		53	

**Tabla 111: V.5 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,872 <sup>a</sup>	1	,171		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,941	1	,332		
Razón de verosimilitudes	2,177	1	,140		
Estadístico exacto de Fisher				,248	,167
Asociación lineal por lineal	1,837	1	,175		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,72.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,185	,171
N de casos válidos		53	

**Tabla 112: V.5 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,357 <sup>a</sup>	1	,125		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,190	1	,663		
Razón de verosimilitudes	2,440	1	,118		
Estadístico exacto de Fisher				,302	,302
Asociación lineal por lineal	2,313	1	,128		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,206	,125
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA V.6**

*Al entregar el C.I., si es posible realizar para esa intervención diferentes modalidades de anestesia, ¿se las explica Vd. al paciente permitiendo que sea el quién decida cuál realizar?*

**Tabla 113: V.6 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,548 <sup>a</sup>	50	,216
Razón de verosimilitudes	46,045	50	,633
Asociación lineal por lineal	4,685	1	,030
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,722	,216
N de casos válidos		53	

**Tabla 114: V.6 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,178 <sup>a</sup>	2	,915
Razón de verosimilitudes	,180	2	,914
Asociación lineal por lineal	,007	1	,936
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,25.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,058	,915
N de casos válidos		53	

**Tabla 115: V.6 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,934 <sup>a</sup>	2	,004
Razón de verosimilitudes	9,645	2	,008
Asociación lineal por lineal	4,229	1	,040
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,414	,004
N de casos válidos		53	

**Tabla 116: V.6 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,267 <sup>a</sup>	4	,261
Razón de verosimilitudes	6,774	4	,148
Asociación lineal por lineal	2,046	1	,153
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,301	,261
N de casos válidos		53	

**Tabla 117: V.6 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,495 <sup>a</sup>	6	,036
Razón de verosimilitudes	13,517	6	,036
Asociación lineal por lineal	3,817	1	,051
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,450	,036
N de casos válidos		53	

**Tabla 118: V.6 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,227 <sup>a</sup>	2	,541
Razón de verosimilitudes	1,121	2	,571
Asociación lineal por lineal	,045	1	,832
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,51.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,150	,541
N de casos válidos		53	

**Tabla 119: V.6 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,441 <sup>a</sup>	2	,802
Razón de verosimilitudes	,727	2	,695
Asociación lineal por lineal	,134	1	,715
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,091	,802
N de casos válidos		53	

## **PREGUNTA V.7**

*¿Intenta hacer comprender al paciente y/o familiares los riesgos derivados del acto anestésico?*

**Tabla 120: V.7 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	85,854 <sup>a</sup>	50	,001
Razón de verosimilitudes	51,513	50	,414
Asociación lineal por lineal	,286	1	,593
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,786	,001
N de casos válidos		53	

**Tabla 121: V.7 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,039 <sup>a</sup>	2	,595
Razón de verosimilitudes	1,399	2	,497
Asociación lineal por lineal	,022	1	,882
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,139	,595
N de casos válidos		53	

**Tabla 122: V.7 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,723 <sup>a</sup>	2	,057
Razón de verosimilitudes	6,855	2	,032
Asociación lineal por lineal	5,380	1	,020
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,312	,057
N de casos válidos		53	

**Tabla 123: V.7 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,019 <sup>a</sup>	4	,091
Razón de verosimilitudes	8,938	4	,063
Asociación lineal por lineal	6,669	1	,010
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,363	,091
N de casos válidos		53	

**Tabla 124: V.7 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,552 <sup>a</sup>	6	,103
Razón de verosimilitudes	9,060	6	,170
Asociación lineal por lineal	,240	1	,625
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,407	,103
N de casos válidos		53	

**Tabla 125: V.7 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,257 <sup>a</sup>	2	,879
Razón de verosimilitudes	,425	2	,809
Asociación lineal por lineal	,152	1	,697
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,070	,879
N de casos válidos		53	

**Tabla 126: V.7 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,824 <sup>a</sup>	2	,402
Razón de verosimilitudes	2,086	2	,352
Asociación lineal por lineal	1,316	1	,251
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,182	,402
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA V.8**

*¿Con que extensión proporciona al paciente la información de los riesgos a los que estará expuesto en el acto anestésico?*

**Tabla 127: V.8 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,933 <sup>a</sup>	50	,362
Razón de verosimilitudes	42,158	50	,777
Asociación lineal por lineal	,095	1	,758
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,707	,362
N de casos válidos		53	

**Tabla 128: V.8 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,286 <sup>a</sup>	2	,193
Razón de verosimilitudes	4,734	2	,094
Asociación lineal por lineal	,753	1	,386
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,66.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,242	,193
N de casos válidos		53	

**Tabla 129: V.8 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,049 <sup>a</sup>	2	,976
Razón de verosimilitudes	,048	2	,976
Asociación lineal por lineal	,044	1	,834
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,91.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,030	,976
N de casos válidos		53	

**Tabla 130: V.8 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,458 <sup>a</sup>	4	,484
Razón de verosimilitudes	3,112	4	,539
Asociación lineal por lineal	,070	1	,792
N de casos válidos	53		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,247	,484
N de casos válidos		53	

**Tabla 131: V.8 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,306 <sup>a</sup>	6	,390
Razón de verosimilitudes	6,560	6	,363
Asociación lineal por lineal	,253	1	,615
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,326	,390
N de casos válidos		53	

**Tabla 132: V.8 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,118 <sup>a</sup>	2	,572
Razón de verosimilitudes	1,792	2	,408
Asociación lineal por lineal	,477	1	,490
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,144	,572
N de casos válidos		53	

**Tabla 133: V.8 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,298 <sup>a</sup>	2	,861
Razón de verosimilitudes	,519	2	,771
Asociación lineal por lineal	,265	1	,607
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,075	,861
N de casos válidos		53	

## **PREGUNTA V.9**

*¿A quién prefiere informar de los riesgos?*

**Tabla 134: V.9 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,822 <sup>a</sup>	50	,681
Razón de verosimilitudes	41,180	50	,808
Asociación lineal por lineal	1,086	1	,297
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,677	,681
N de casos válidos		53	

**Tabla 135: V.9 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,846 <sup>a</sup>	2	,655
Razón de verosimilitudes	,835	2	,659
Asociación lineal por lineal	,000	1	,990
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,25.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,125	,655
N de casos válidos		53	

**Tabla 136: V.9 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,028 <sup>a</sup>	2	,220
Razón de verosimilitudes	3,484	2	,175
Asociación lineal por lineal	1,688	1	,194
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,232	,220
N de casos válidos		53	

**Tabla 137: V.9 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,279 <sup>a</sup>	4	,512
Razón de verosimilitudes	3,413	4	,491
Asociación lineal por lineal	,382	1	,537
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,241	,512
N de casos válidos		53	

**Tabla 138: V.9 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,662 <sup>a</sup>	6	,722
Razón de verosimilitudes	4,335	6	,631
Asociación lineal por lineal	,051	1	,822
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,254	,722
N de casos válidos		53	

**Tabla 139: V.9 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,682 <sup>a</sup>	2	,262
Razón de verosimilitudes	2,937	2	,230
Asociación lineal por lineal	1,682	1	,195
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,51.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,219	,262
N de casos válidos		53	

**Tabla 140: V.9 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,987 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	6,103	2	,047
Asociación lineal por lineal	,278	1	,598
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,493	,000
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA V.10**

*Cuando tiene dificultad de comunicación con el paciente por barreras idiomáticas ¿que hace?*

**Tabla 141: V.10 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	95,577 <sup>a</sup>	75	,055
Razón de verosimilitudes	73,382	75	,531
Asociación lineal por lineal	2,530	1	,112
N de casos válidos	53		

a. 104 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,802	,055
N de casos válidos		53	

**Tabla 142: V.10 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,640 <sup>a</sup>	3	,303
Razón de verosimilitudes	3,642	3	,303
Asociación lineal por lineal	3,473	1	,062
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,66.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,254	,303
N de casos válidos		53	

**Tabla 143: V.10 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,855 <sup>a</sup>	3	,603
Razón de verosimilitudes	2,751	3	,432
Asociación lineal por lineal	1,197	1	,274
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,91.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,184	,603
N de casos válidos		53	

**Tabla 144: V.10 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,175 <sup>a</sup>	6	,305
Razón de verosimilitudes	5,223	6	,516
Asociación lineal por lineal	,560	1	,454
N de casos válidos	53		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,345	,305
N de casos válidos		53	

**Tabla 145: V.10 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,746 <sup>a</sup>	9	,294
Razón de verosimilitudes	13,824	9	,129
Asociación lineal por lineal	1,422	1	,233
N de casos válidos	53		

a. 14 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,411	,294
N de casos válidos		53	

**Tabla 146: V.10 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,063 <sup>a</sup>	3	,786
Razón de verosimilitudes	1,723	3	,632
Asociación lineal por lineal	,242	1	,623
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,140	,786
N de casos válidos		53	

**Tabla 147: V.10 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,618 <sup>a</sup>	3	,892
Razón de verosimilitudes	,959	3	,811
Asociación lineal por lineal	,448	1	,503
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,107	,892
N de casos válidos		53	

## **PREGUNTA V.11**

*¿Y si la barrera para la actuación anestésica es cultural o religiosa?*

**Tabla 148: V.11 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,805 <sup>a</sup>	75	,882
Razón de verosimilitudes	58,365	75	,922
Asociación lineal por lineal	1,627	1	,202
N de casos válidos	53		

a. 104 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,731	,882
N de casos válidos		53	

**Tabla 149: V.11 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,491 <sup>a</sup>	3	,684
Razón de verosimilitudes	2,217	3	,529
Asociación lineal por lineal	,006	1	,939
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,165	,684
N de casos válidos		53	

**Tabla 150: V.11 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,346 <sup>a</sup>	3	,504
Razón de verosimilitudes	2,563	3	,464
Asociación lineal por lineal	,805	1	,370
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,206	,504
N de casos válidos		53	

**Tabla 151: V.11 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,999 <sup>a</sup>	6	,321
Razón de verosimilitudes	8,215	6	,223
Asociación lineal por lineal	,049	1	,824
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,342	,321
N de casos válidos		53	

**Tabla 152: V.11 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,905 <sup>a</sup>	9	,446
Razón de verosimilitudes	9,577	9	,386
Asociación lineal por lineal	,927	1	,336
N de casos válidos	53		

a. 14 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,379	,446
N de casos válidos		53	

**Tabla 153: V.11 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,681 <sup>a</sup>	3	,298
Razón de verosimilitudes	4,077	3	,253
Asociación lineal por lineal	3,129	1	,077
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,255	,298
N de casos válidos		53	

**Tabla 154: V.11 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,142 <sup>a</sup>	3	,767
Razón de verosimilitudes	1,524	3	,677
Asociación lineal por lineal	,992	1	,319
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,145	,767
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA V.12**

*¿Utiliza el llamado “privilegio terapeutico”? (No recabar el C.I. si cree que va a causar un trastorno emocional al paciente que le impida estar en situación de decidir)*

**Tabla 155: V.12 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,503 <sup>a</sup>	25	,490
Razón de verosimilitudes	32,684	25	,139
Asociación lineal por lineal	,870	1	,351
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,562	,490
N de casos válidos		53	

**Tabla 156: V.12 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,668 <sup>a</sup>	1	,414		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,287	1	,592		
Razón de verosimilitudes	,667	1	,414		
Estadístico exacto de Fisher				,574	,296
Asociación lineal por lineal	,655	1	,418		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,55.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,112	,414
N de casos válidos		53	

**Tabla 157: V.12 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,275 <sup>a</sup>	1	,600		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,038	1	,846		
Razón de verosimilitudes	,274	1	,601		
Estadístico exacto de Fisher				,743	,420
Asociación lineal por lineal	,270	1	,603		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,21.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,072	,600
N de casos válidos		53	

**Tabla 158: V.12 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,779 <sup>a</sup>	2	,677
Razón de verosimilitudes	,779	2	,677
Asociación lineal por lineal	,683	1	,409
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,87.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,120	,677
N de casos válidos		53	

**Tabla 159: V.12 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,689 <sup>a</sup>	3	,876
Razón de verosimilitudes	,695	3	,874
Asociación lineal por lineal	,411	1	,522
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,60.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,113	,876
N de casos válidos		53	

**Tabla 160: V.12 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,005 <sup>a</sup>	1	,944		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,005	1	,945		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,613
Asociación lineal por lineal	,005	1	,945		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,91.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,010	,944
N de casos válidos		53	

**Tabla 161: V.12 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,329 <sup>a</sup>	1	,249		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,018	1	,893		
Razón de verosimilitudes	1,695	1	,193		
Estadístico exacto de Fisher				,434	,434
Asociación lineal por lineal	1,304	1	,253		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,156	,249
N de casos válidos		53	

## **PREGUNTA VI.1**

*¿Está de acuerdo con el actual documento de C.I. de Anestesiología utilizado en este Complejo Hospitalario?*

**Tabla 162: VI.1 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,369 <sup>a</sup>	50	,539
Razón de verosimilitudes	41,577	50	,796
Asociación lineal por lineal	,011	1	,917
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,691	,539
N de casos válidos		53	

**Tabla 163: VI.1 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,216 <sup>a</sup>	2	,330
Razón de verosimilitudes	2,205	2	,332
Asociación lineal por lineal	2,020	1	,155
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,25.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,200	,330
N de casos válidos		53	

**Tabla 164: VI.1 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,664 <sup>a</sup>	2	,717
Razón de verosimilitudes	,672	2	,715
Asociación lineal por lineal	,405	1	,524
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,68.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,111	,717
N de casos válidos		53	

**Tabla 165: VI.1 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,786 <sup>a</sup>	4	,216
Razón de verosimilitudes	6,281	4	,179
Asociación lineal por lineal	,049	1	,825
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,314	,216
N de casos válidos		53	

**Tabla 166: VI.1 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,943 <sup>a</sup>	6	,684
Razón de verosimilitudes	4,102	6	,663
Asociación lineal por lineal	1,652	1	,199
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,263	,684
N de casos válidos		53	

**Tabla 167: VI.1 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,597 <sup>a</sup>	2	,450
Razón de verosimilitudes	2,114	2	,348
Asociación lineal por lineal	1,034	1	,309
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,51.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,171	,450
N de casos válidos		53	

**Tabla 168: VI.1 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,669 <sup>a</sup>	2	,716
Razón de verosimilitudes	1,022	2	,600
Asociación lineal por lineal	,620	1	,431
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,112	,716
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA VI.2**

*¿En alguna ocasión le ha ocurrido que el paciente al que está informando desconozca el tipo de intervención que le van a realizar y los riesgos derivados de la misma?*

**Tabla 169: VI.2 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,282 <sup>a</sup>	50	,462
Razón de verosimilitudes	45,636	50	,649
Asociación lineal por lineal	1,339	1	,247
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,698	,462
N de casos válidos		53	

**Tabla 170: VI.2 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,053 <sup>a</sup>	2	,080
Razón de verosimilitudes	5,741	2	,057
Asociación lineal por lineal	2,942	1	,086
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,295	,080
N de casos válidos		53	

**Tabla 171: VI.2 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,789 <sup>a</sup>	2	,012
Razón de verosimilitudes	7,937	2	,019
Asociación lineal por lineal	2,545	1	,111
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,377	,012
N de casos válidos		53	

**Tabla 172: VI.2 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,562 <sup>a</sup>	4	,633
Razón de verosimilitudes	3,741	4	,442
Asociación lineal por lineal	,046	1	,830
N de casos válidos	53		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,215	,633
N de casos válidos		53	

**Tabla 173: VI.2 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,939 <sup>a</sup>	6	,685
Razón de verosimilitudes	3,883	6	,693
Asociación lineal por lineal	,826	1	,364
N de casos válidos	53		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,263	,685
N de casos válidos		53	

**Tabla 174: VI.2 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,618 <sup>a</sup>	2	,445
Razón de verosimilitudes	1,219	2	,544
Asociación lineal por lineal	,064	1	,800
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,172	,445
N de casos válidos		53	

**Tabla 175: VI.2 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,482 <sup>a</sup>	2	,175
Razón de verosimilitudes	3,038	2	,219
Asociación lineal por lineal	3,242	1	,072
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,248	,175
N de casos válidos		53	

### PREGUNTA VI.3

En el caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿que hace?

**Tabla 176: VI.3 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,024 <sup>a</sup>	50	,747
Razón de verosimilitudes	46,464	50	,616
Asociación lineal por lineal	,779	1	,378
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,669	,747
N de casos válidos		53	

**Tabla 177: VI.3 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,319 <sup>a</sup>	2	,517
Razón de verosimilitudes	1,326	2	,515
Asociación lineal por lineal	,514	1	,474
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,91.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,156	,517
N de casos válidos		53	

**Tabla 178: VI.3 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,394 <sup>a</sup>	2	,302
Razón de verosimilitudes	3,926	2	,140
Asociación lineal por lineal	1,534	1	,215
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,58.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,208	,302
N de casos válidos		53	

**Tabla 179: VI.3 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,725 <sup>a</sup>	4	,786
Razón de verosimilitudes	1,974	4	,741
Asociación lineal por lineal	,050	1	,823
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,178	,786
N de casos válidos		53	

**Tabla 180: VI.3 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,258 <sup>a</sup>	6	,642
Razón de verosimilitudes	5,121	6	,528
Asociación lineal por lineal	,101	1	,750
N de casos válidos	53		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,273	,642
N de casos válidos		53	

**Tabla 181: VI.3 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,843 <sup>a</sup>	2	,656
Razón de verosimilitudes	,764	2	,682
Asociación lineal por lineal	,673	1	,412
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,19.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,125	,656
N de casos válidos		53	

**Tabla 182: VI.3 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,232 <sup>a</sup>	2	,540
Razón de verosimilitudes	1,608	2	,448
Asociación lineal por lineal	,171	1	,679
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,151	,540
N de casos válidos		53	

**PREGUNTA VI.4**

*¿Tendría alguna ventaja un único C.I. de Anestesia y Cirugía?*

**Tabla 183: VI.4 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,181 <sup>a</sup>	25	,452
Razón de verosimilitudes	33,363	25	,122
Asociación lineal por lineal	1,520	1	,218
N de casos válidos	53		

a. 52 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,568	,452
N de casos válidos		53	

**Tabla 184: VI.4 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,095 <sup>a</sup>	1	,758		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,001	1	,979		
Razón de verosimilitudes	,095	1	,758		
Estadístico exacto de Fisher				,786	,490
Asociación lineal por lineal	,093	1	,760		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,55.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,042	,758
N de casos válidos		53	

**Tabla 185: VI.4 \* Puesto trabajo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,639 <sup>a</sup>	1	,424		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,220	1	,639		
Razón de verosimilitudes	,652	1	,420		
Estadístico exacto de Fisher				,519	,323
Asociación lineal por lineal	,627	1	,428		
N de casos válidos	53				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,21.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,109	,424
N de casos válidos		53	

**Tabla 186: VI.4 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,779 <sup>a</sup>	2	,677
Razón de verosimilitudes	,779	2	,677
Asociación lineal por lineal	,683	1	,409
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,87.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,120	,677
N de casos válidos		53	

**Tabla 187: VI.4 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,562 <sup>a</sup>	3	,905
Razón de verosimilitudes	,569	3	,904
Asociación lineal por lineal	,027	1	,868
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,60.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,102	,905
N de casos válidos		53	

**Tabla 188: VI.4 \* II.3**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,447 <sup>a</sup>	1	,504		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,090	1	,765		
Razón de verosimilitudes	,456	1	,499		
Estadístico exacto de Fisher				,715	,387
Asociación lineal por lineal	,438	1	,508		
N de casos válidos	53				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,91.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,091	,504
N de casos válidos		53	

**Tabla 189: VI.4 \* II.4**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,781 <sup>a</sup>	1	,377		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,153	1	,283		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,566
Asociación lineal por lineal	,767	1	,381		
N de casos válidos	53				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,121	,377
N de casos válidos		53	

## **PREGUNTA VI.5**

*En el caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿quien cree que debería explicar al paciente el C.I.?*

**Tabla 190: VI.5 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,712 <sup>a</sup>	50	,606
Razón de verosimilitudes	46,953	50	,596
Asociación lineal por lineal	1,357	1	,244
N de casos válidos	53		

a. 78 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,684	,606
N de casos válidos		53	

**Tabla 191: VI.5 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,201 <sup>a</sup>	2	,904
Razón de verosimilitudes	,201	2	,904
Asociación lineal por lineal	,070	1	,792
N de casos válidos	53		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,062	,904
N de casos válidos		53	

**Tabla 192: VI.5 \* Puesto trabajo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,018 <sup>a</sup>	2	,601
Razón de verosimilitudes	1,455	2	,483
Asociación lineal por lineal	,739	1	,390
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,137	,601
N de casos válidos		53	

**Tabla 193: VI.5 \* II.1**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,893 <sup>a</sup>	4	,926
Razón de verosimilitudes	,965	4	,915
Asociación lineal por lineal	,640	1	,424
N de casos válidos	53		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,129	,926
N de casos válidos		53	

**Tabla 194: VI.5 \* II.2**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,256 <sup>a</sup>	6	,776
Razón de verosimilitudes	3,289	6	,772
Asociación lineal por lineal	,006	1	,940
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,241	,776
N de casos válidos		53	

**Tabla 195: VI.5 \* II.3**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,711 <sup>a</sup>	2	,701
Razón de verosimilitudes	1,043	2	,594
Asociación lineal por lineal	,517	1	,472
N de casos válidos	53		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,115	,701
N de casos válidos		53	

**Tabla 196: VI.5 \* II.4**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,781 <sup>a</sup>	2	,677
Razón de verosimilitudes	1,153	2	,562
Asociación lineal por lineal	,756	1	,385
N de casos válidos	53		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,121	,677
N de casos válidos		53	



## **ANEXO 2: TABLAS DE CONTINGENCIA DE BLOQUE DE PACIENTES**

A continuación se exponen las tablas de contingencia realizadas en el bloque de preguntas del cuestionario de Pacientes que están en relación con los distintos datos demográficos y con otras preguntas de ese mismo bloque. La numeración de las preguntas se corresponde con la utilizada en dicho cuestionario y que anteriormente ha quedado reflejada en el apartado Material y Método.

### **PREGUNTA II.1**

*Antes de ser informado ¿le preguntaron si quería recibir información sobre la anestesia?*

**Tabla 1: II.1 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		95,453 <sup>a</sup>	88	,275
Razón de verosimilitudes		114,231	88	,032
Asociación lineal por lineal		2,883	1	,090
N de casos válidos		510		

a. 155 casillas (87,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,397		
Ordinal por ordinal	Gamma	,105	,052	2,014
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,275
Ordinal por ordinal	Gamma	,044
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 2: II.1 \* Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,926 <sup>a</sup>	1	,336		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,763	1	,382		
Razón de verosimilitudes	,927	1	,336		
Estadístico exacto de Fisher				,374	,191
Asociación lineal por lineal	,925	1	,336		
N de casos válidos	510				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 115,59.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,043		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,085	,088	-,963
N de casos válidos		510		

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,336
Ordinal por ordinal	Gamma	,335
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 3: II.1 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,725 <sup>a</sup>	4	,102
Razón de verosimilitudes	7,789	4	,100
Asociación lineal por lineal	4,242	1	,039
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,45.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,122		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,137	,066	-2,074
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,102
Ordinal por ordinal	Gamma	,038
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 4: II.1 \* Especialidad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	42,330 <sup>a</sup>	10	,000	
Razón de verosimilitudes	43,077	10	,000	
N de casos válidos	510			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,77.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,277		
Ordinal por ordinal	Gamma	,077	,060	1,286
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,198
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## PREGUNTA II.2

*¿Considera necesario que se le informe de los riesgos de la anestesia que se le va a practicar?*

**Tabla 5: II.2 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	137,982 <sup>a</sup>	176	,985
Razón de verosimilitudes	124,231	176	,999
Asociación lineal por lineal	2,575	1	,109
N de casos válidos	510		

a. 228 casillas (85,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup> T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,461	
Ordinal por ordinal	Gamma	,118	,071 1,643
N de casos válidos		510	

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,985
Ordinal por ordinal	Gamma	,100
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 6: II.2 \* Sexo**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,948 <sup>a</sup>	2	,378
Razón de verosimilitudes	1,962	2	,375
Asociación lineal por lineal	,484	1	,487
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,94.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,062		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,057	,138	-,416
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,378
Ordinal por ordinal	Gamma	,678
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 7: II.2 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,104 <sup>a</sup>	8	,196
Razón de verosimilitudes	15,453	8	,051
Asociación lineal por lineal	1,845	1	,174
N de casos válidos	510		

a. 6 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,13.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,146		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,136	,099	-1,348
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,196
Ordinal por ordinal	Gamma	,178
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 8: II.2 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,849 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	41,232	20	,003
N de casos válidos	510		

a. 20 casillas (60,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,53.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,298		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,218	,092	-2,276
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,023
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA II.3**

*¿A quien cree que deberían informar?*

**Tabla 9: II.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	195,708 <sup>a</sup>	176	,147
Razón de verosimilitudes	188,080	176	,253
Asociación lineal por lineal	,000	1	,996
N de casos válidos	510		

a. 233 casillas (87,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,527		
Ordinal por ordinal	Gamma	,021	,053	,400
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,147
Ordinal por ordinal	Gamma	,689
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 10: II.3 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,432 <sup>a</sup>	2	,296
Razón de verosimilitudes	2,439	2	,295
Asociación lineal por lineal	1,387	1	,239
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,82.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,069		
Ordinal por ordinal	Gamma	,131	,096	1,357
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,296
Ordinal por ordinal	Gamma	,175
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 11: II.3 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,920 <sup>a</sup>	8	,000
Razón de verosimilitudes	32,687	8	,000
Asociación lineal por lineal	2,852	1	,091
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,25.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,243		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,057	,071	-,806
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,420
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 12: II.3 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,627 <sup>a</sup>	20	,006
Razón de verosimilitudes	38,753	20	,007
N de casos válidos	510		

a. 16 casillas (48,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,53.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,269		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,042	,066	-,638
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,006
Ordinal por ordinal	Gamma	,523
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA II.4**

*¿Considera que la información proporcionada le ha producido más ansiedad y miedo ante la intervención?*

**Tabla 13: II.4 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,225 <sup>a</sup>	88	,763
Razón de verosimilitudes	92,588	88	,348
Asociación lineal por lineal	6,182	1	,013
N de casos válidos	510		

a. 144 casillas (80,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,365		
Ordinal por ordinal    Gamma	,151	,064	2,330
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,763
Ordinal por ordinal    Gamma		,020
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 14: II.4 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,410 <sup>a</sup>	1	,522		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,281	1	,596		
Razón de verosimilitudes	,410	1	,522		
Estadístico exacto de Fisher				,582	,298
Asociación lineal por lineal	,410	1	,522		
N de casos válidos	510				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 51,10.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,028		
Ordinal por ordinal	Gamma	,071	,110	,641
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,522
Ordinal por ordinal	Gamma	,522
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 15: II.4 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,791 <sup>a</sup>	4	,005
Razón de verosimilitudes	13,546	4	,009
Asociación lineal por lineal	8,570	1	,003
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,27.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,168		
Ordinal por ordinal	Gamma	,231	,081	2,782
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,005
Ordinal por ordinal	Gamma	,005
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 16: II.4 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,629 <sup>a</sup>	10	,000
Razón de verosimilitudes	38,566	10	,000
N de casos válidos	510		

a. 3 casillas (13,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,43.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,269		
Ordinal por ordinal	Gamma	,148	,073	1,988
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,047
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA II.5**

*¿Cree que hubiera sido mejor que no le dijeran nada?*

**Tabla 17: II.5 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	138,934 <sup>a</sup>	176	,982
Razón de verosimilitudes	155,852	176	,860
Asociación lineal por lineal	,085	1	,770
N de casos válidos	510		

a. 233 casillas (87,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup> T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,463	
Ordinal por ordinal	Gamma	-,031	,058 -,536
N de casos válidos		510	

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,982
Ordinal por ordinal	Gamma	,592
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 18: II.5 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,655 <sup>a</sup>	2	,721
Razón de verosimilitudes	,656	2	,720
Asociación lineal por lineal	,261	1	,609
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,82.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,036		
Ordinal por ordinal	Gamma	,055	,107	,515
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,721
Ordinal por ordinal	Gamma	,607
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 19: II.5 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,262 <sup>a</sup>	8	,039
Razón de verosimilitudes	15,281	8	,054
Asociación lineal por lineal	2,101	1	,147
N de casos válidos	510		

a. 4 casillas (26,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,25.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,176		
Ordinal por ordinal	Gamma	,117	,080	1,443
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,039
Ordinal por ordinal	Gamma	,149
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 20: II.5 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,327 <sup>a</sup>	20	,126
Razón de verosimilitudes	26,233	20	,158
N de casos válidos	510		

a. 18 casillas (54,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,53.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,226		
Ordinal por ordinal	Gamma	,105	,073	1,431
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,126
Ordinal por ordinal	Gamma	,153
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA II.6**

*¿Por qué cree que le informan?*

**Tabla 21: II.6 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	187,557 <sup>a</sup>	176	,262
Razón de verosimilitudes	210,768	176	,038
Asociación lineal por lineal	1,100	1	,294
N de casos válidos	510		

a. 257 casillas (96,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de	,519		
Ordinal por ordinal	contingencia			
	Gamma	,052	,044	1,178
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,262
Ordinal por ordinal	Gamma	,239
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 22: II.6 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,550 <sup>a</sup>	2	,461
Razón de verosimilitudes	1,551	2	,460
Asociación lineal por lineal	,277	1	,599
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,20.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,055		
Ordinal por ordinal	Gamma	,052	,077	,685
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,461
Ordinal por ordinal	Gamma	,493
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 23: II.6 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,283 <sup>a</sup>	8	,319
Razón de verosimilitudes	9,480	8	,303
Asociación lineal por lineal	,215	1	,643
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,44.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,134		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,044	,058	-,766
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,319
Ordinal por ordinal	Gamma	,444
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 24: II.6 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,622 <sup>a</sup>	20	,612
Razón de verosimilitudes	17,559	20	,616
N de casos válidos	510		

a. 7 casillas (21,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,57.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,183		
Ordinal por ordinal	Gamma	,061	,052	1,165
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,612
Ordinal por ordinal	Gamma	,244
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA II.7**

*¿Cree que el anestesiólogo dispone de tiempo suficiente para explicarle cuál será la anestesia que va a practicarle, los riesgos de ésta y que pueda preguntarle sobre las dudas que tenga?*

**Tabla 25: II.7 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	179,642 <sup>a</sup>	176	,410
Razón de verosimilitudes	210,443	176	,039
Asociación lineal por lineal	,001	1	,971
N de casos válidos	510		

a. 252 casillas (94,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,510		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,002	,044	-,049
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,410
Ordinal por ordinal    Gamma		,961
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 26: II.7 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,335 <sup>a</sup>	2	,846
Razón de verosimilitudes	,335	2	,846
Asociación lineal por lineal	,023	1	,878
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 58,04.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,026		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,007	,076	-,086
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,846
Ordinal por ordinal	Gamma	,931
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 27: II.7 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,389 <sup>a</sup>	8	,967
Razón de verosimilitudes	2,437	8	,965
Asociación lineal por lineal	,311	1	,577
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,26.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,068		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,037	,058	-,644
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,967
Ordinal por ordinal	Gamma	,519
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 28: II.7 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,663 <sup>a</sup>	20	,022
Razón de verosimilitudes	35,487	20	,018
N de casos válidos	510		

a. 6 casillas (18,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,90.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,252		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,072	,052	-1,406
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,022
Ordinal por ordinal	Gamma	,160
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA III.1**

*¿Le informaron de que iba a ser anestesiado, en que consistía la anestesia y los riesgos de ésta?*

**Tabla 29: III.1 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	178,844 <sup>a</sup>	176	,426
Razón de verosimilitudes	172,791	176	,554
Asociación lineal por lineal	1,905	1	,167
N de casos válidos	510		

a. 233 casillas (87,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,510		
Ordinal por ordinal    Gamma	,107	,059	1,791
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,426
Ordinal por ordinal    Gamma		,073
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 30: III.1 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,968 <sup>a</sup>	2	,616
Razón de verosimilitudes	,969	2	,616
Asociación lineal por lineal	,003	1	,955
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,83.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,044		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,020	,102	-,195
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,616
Ordinal por ordinal	Gamma	,845
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 31: III.1 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,932 <sup>a</sup>	8	,114
Razón de verosimilitudes	13,018	8	,111
Asociación lineal por lineal	,693	1	,405
N de casos válidos	510		

a. 3 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,11.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,157		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,073	,074	-,972
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,114
Ordinal por ordinal	Gamma	,331
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 32: III.1 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,225 <sup>a</sup>	20	,032
Razón de verosimilitudes	33,802	20	,027
N de casos válidos	510		

a. 17 casillas (51,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,47.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,247		
Ordinal por ordinal	Gamma	,078	,071	1,091
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,032
Ordinal por ordinal	Gamma	,275
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## PREGUNTA III.2

*Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido "si", responda; quién le informó?*

**Tabla 33: III.2 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	280,554 <sup>a</sup>	264	,231
Razón de verosimilitudes	202,748	264	,998
Asociación lineal por lineal	5,268	1	,022
N de casos válidos	510		

a. 322 casillas (90,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Medidas simétricas			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,596		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,139	,055	-2,512
N de casos válidos	510		

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,231
Ordinal por ordinal    Gamma		,012
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 34: III.2 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,677 <sup>a</sup>	3	,879
Razón de verosimilitudes	,682	3	,877
Asociación lineal por lineal	,013	1	,908
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,97.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,036		
Ordinal por ordinal	Gamma	,008	,095	,088
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,879
Ordinal por ordinal	Gamma	,930
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 35: III.2 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,841 <sup>a</sup>	12	,250
Razón de verosimilitudes	16,607	12	,165
Asociación lineal por lineal	,307	1	,580
N de casos válidos	510		

a. 8 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,56.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,168		
Ordinal por ordinal	Gamma	,064	,067	,947
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,250
Ordinal por ordinal	Gamma	,343
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 36: III.2 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,490 <sup>a</sup>	30	,002
Razón de verosimilitudes	50,065	30	,012
N de casos válidos	510		

a. 23 casillas (52,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,318		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,105	,066	-1,575
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,002
Ordinal por ordinal	Gamma	,115
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA III.3**

*¿De qué forma se le proporcionó la información?*

**Tabla 37: III.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	241,162 <sup>a</sup>	264	,840
Razón de verosimilitudes	244,647	264	,798
Asociación lineal por lineal	,426	1	,514
N de casos válidos	510		

a. 348 casillas (97,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,567		
Ordinal por ordinal    Gamma	,029	,041	,701
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,840
Ordinal por ordinal    Gamma		,484
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 38: III.3 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,449 <sup>a</sup>	3	,059
Razón de verosimilitudes	7,600	3	,055
Asociación lineal por lineal	,289	1	,591
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,93.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,120		
Ordinal por ordinal	Gamma	,037	,072	,507
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,059
Ordinal por ordinal	Gamma	,612
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 39: III.3 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,987 <sup>a</sup>	12	,302
Razón de verosimilitudes	16,001	12	,191
Asociación lineal por lineal	,046	1	,831
N de casos válidos	510		

a. 4 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,27.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,163		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,014	,055	-,262
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,302
Ordinal por ordinal	Gamma	,793
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 40: III.3 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,106 <sup>a</sup>	30	,000
Razón de verosimilitudes	72,149	30	,000
N de casos válidos	510		

a. 14 casillas (31,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,341		
Ordinal por ordinal	Gamma	,059	,048	1,238
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,216
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### PREGUNTA III.4

¿Comprendió las explicaciones que le dieron sobre la anestesia?

Tabla 41: III.4 \* Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	237,843 <sup>a</sup>	264	,875
Razón de verosimilitudes	234,612	264	,903
Asociación lineal por lineal	4,563	1	,033
N de casos válidos	510		

a. 334 casillas (93,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Medidas simétricas				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,564		
Ordinal por ordinal	Gamma	,118	,045	2,611
N de casos válidos		510		

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,875
Ordinal por ordinal	Gamma	,009
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 42: III.4 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,791 <sup>a</sup>	3	,617
Razón de verosimilitudes	1,807	3	,613
Asociación lineal por lineal	,023	1	,881
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,43.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,059		
Ordinal por ordinal	Gamma	,001	,080	,011
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,617
Ordinal por ordinal	Gamma	,992
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 43: III.4 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,828 <sup>a</sup>	12	,053
Razón de verosimilitudes	24,741	12	,016
Asociación lineal por lineal	16,521	1	,000
N de casos válidos	510		

a. 6 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,34.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,198		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,242	,055	-4,301
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,053
Ordinal por ordinal	Gamma	,000
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 44: III.4 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,577 <sup>a</sup>	30	,000
Razón de verosimilitudes	77,446	30	,000
N de casos válidos	510		

a. 20 casillas (45,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,63.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,365		
Ordinal por ordinal	Gamma	,008	,054	,150
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,881
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### PREGUNTA III.5

*¿Pidió explicaciones al anestesista sobre lo que no entendía?*

**Tabla 45: III.5 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	366,738 <sup>a</sup>	352	,283
Razón de verosimilitudes	367,991	352	,268
Asociación lineal por lineal	16,875	1	,000
N de casos válidos	510		

a. 425 casillas (95,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,647		
Ordinal por ordinal Gamma	,192	,044	4,366
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia		,283
Ordinal por ordinal Gamma		,000
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 46: III.5 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,584 <sup>a</sup>	4	,465
Razón de verosimilitudes	3,603	4	,462
Asociación lineal por lineal	,052	1	,819
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,90.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,084		
Ordinal por ordinal	Gamma	,006	,076	,082
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,465
Ordinal por ordinal	Gamma	,935
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 47: III.5 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,276 <sup>a</sup>	16	,007
Razón de verosimilitudes	35,465	16	,003
Asociación lineal por lineal	15,169	1	,000
N de casos válidos	510		

a. 6 casillas (24,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,84.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,247		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,222	,054	-4,047
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,007
Ordinal por ordinal	Gamma	,000
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 48: III.5 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	100,528 <sup>a</sup>	40	,000
Razón de verosimilitudes	110,148	40	,000
N de casos válidos	510		

a. 30 casillas (54,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,87.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,406		
Ordinal por ordinal	Gamma	,039	,050	,787
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,431
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### PREGUNTA III.6

*¿Le contestó el anestesista a las dudas que le planteó?*

**Tabla 49: III.6 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	351,871 <sup>a</sup>	352	,492
Razón de verosimilitudes	304,233	352	,969
Asociación lineal por lineal	,786	1	,375
N de casos válidos	510		

a. 416 casillas (93,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,639		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,053	,048	-1,090
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,492
Ordinal por ordinal    Gamma		,276
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 50: III.6 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,474 <sup>a</sup>	4	,831
Razón de verosimilitudes	1,481	4	,830
Asociación lineal por lineal	1,239	1	,266
N de casos válidos	510		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,96.

**Medidas simétricas**

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,054		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,075	,081	-,923
N de casos válidos	510		

**Medidas simétricas**

	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,831
Ordinal por ordinal    Gamma	,356
N de casos válidos	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 51: III.6 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,577 <sup>a</sup>	16	,015
Razón de verosimilitudes	24,376	16	,082
Asociación lineal por lineal	,756	1	,384
N de casos válidos	510		

a. 10 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,71.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,238		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,029	,060	-,480
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,015
Ordinal por ordinal	Gamma	,631
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 52: III.6 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	92,607 <sup>a</sup>	40	,000
Razón de verosimilitudes	86,443	40	,000
N de casos válidos	510		

a. 35 casillas (63,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,33.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,392		
Ordinal por ordinal	Gamma	,030	,055	,537
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,591
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA III.7**

*Al explicarle el C.I. ¿le explicaron también las diferentes opciones de anestesia que se le podían practicar?*

**Tabla 53: III.7 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	250,214 <sup>a</sup>	264	,720
Razón de verosimilitudes	230,736	264	,931
Asociación lineal por lineal	,104	1	,747
N de casos válidos	510		

a. 344 casillas (96,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,574		
Ordinal por ordinal Gamma	,031	,046	,675
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia		,720
Ordinal por ordinal Gamma		,500
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 54: III.7 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,554 <sup>a</sup>	3	,466
Razón de verosimilitudes	2,682	3	,443
Asociación lineal por lineal	,026	1	,872
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,48.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,071		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,002	,077	-,021
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,466
Ordinal por ordinal	Gamma	,983
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 55: III.7 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,221 <sup>a</sup>	12	,141
Razón de verosimilitudes	19,309	12	,081
Asociación lineal por lineal	8,634	1	,003
N de casos válidos	510		

a. 7 casillas (35,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,181		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,162	,055	-2,939
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,141
Ordinal por ordinal	Gamma	,003
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 56: III.7 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,408 <sup>a</sup>	30	,000
Razón de verosimilitudes	74,986	30	,000
N de casos válidos	510		

a. 19 casillas (43,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,348		
Ordinal por ordinal	Gamma	,051	,050	1,009
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,313
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### PREGUNTA III.8

Los riesgos de la anestesia ¿cómo se los explicaron?

Tabla 57: III.8 \* Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	287,325 <sup>a</sup>	264	,155
Razón de verosimilitudes	281,354	264	,221
Asociación lineal por lineal	6,045	1	,014
N de casos válidos	510		

a. 350 casillas (98,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Medidas simétricas				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,600		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,091	,041	-2,222
N de casos válidos		510		

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,155
Ordinal por ordinal	Gamma	,026
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 58: III.8 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,246 <sup>a</sup>	3	,355
Razón de verosimilitudes	3,260	3	,353
Asociación lineal por lineal	1,309	1	,253
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,46.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,080		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,087	,072	-1,206
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,355
Ordinal por ordinal	Gamma	,228
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 59: III.8 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,374 <sup>a</sup>	12	,416
Razón de verosimilitudes	12,951	12	,373
Asociación lineal por lineal	,638	1	,424
N de casos válidos	510		

a. 5 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,78.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,154		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,048	,054	-,899
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,416
Ordinal por ordinal	Gamma	,369
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 60: III.8 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,305 <sup>a</sup>	30	,036
Razón de verosimilitudes	46,592	30	,027
N de casos válidos	510		

a. 14 casillas (31,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,286		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,070	,047	-1,492
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,036
Ordinal por ordinal	Gamma	,136
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA III.9**

*En general ¿cómo calificaría la información recibida?*

**Tabla 61: III.9 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	101,788 <sup>a</sup>	88	,149
Razón de verosimilitudes	112,460	88	,040
Asociación lineal por lineal	,353	1	,552
N de casos válidos	510		

a. 144 casillas (80,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,408		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,035	,066	-,535
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,149
Ordinal por ordinal	Gamma	,593
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 62: III.9 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,170 <sup>a</sup>	1	,279		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,944	1	,331		
Razón de verosimilitudes	1,171	1	,279		
Estadístico exacto de Fisher				,321	,166
Asociación lineal por lineal	1,168	1	,280		
N de casos válidos	510				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 51,10.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,048		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,119	,109	-1,082
N de casos válidos	510		

**Medidas simétricas**

	Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,279
Ordinal por ordinal    Gamma	,279
N de casos válidos	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 63: III.9 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,283 <sup>a</sup>	4	,864
Razón de verosimilitudes	1,289	4	,863
Asociación lineal por lineal	,114	1	,735
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,27.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,050		
Ordinal por ordinal	Gamma	,030	,083	,360
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,864
Ordinal por ordinal	Gamma	,718
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 64: III.9 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,017 <sup>a</sup>	10	,000
Razón de verosimilitudes	33,536	10	,000
N de casos válidos	510		

a. 3 casillas (13,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,43.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,243		
Ordinal por ordinal	Gamma	,239	,068	3,424
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,001
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## PREGUNTA IV.1

Con la información recibida ¿se considera capacitado para tomar la decisión de que le anestesien?

Tabla 65: IV.1 \* Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	96,285 <sup>a</sup>	88	,256
Razón de verosimilitudes	87,076	88	,508
Asociación lineal por lineal	2,649	1	,104
N de casos válidos	510		

a. 139 casillas (78,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,399		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,135	,098	-1,345
N de casos válidos		510		

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,256
Ordinal por ordinal	Gamma	,178
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 66: IV.1 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,214 <sup>a</sup>	1	,137		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,765	1	,184		
Razón de verosimilitudes	2,228	1	,136		
Estadístico exacto de Fisher				,153	,092
Asociación lineal por lineal	2,210	1	,137		
N de casos válidos	510				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,33.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,066		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,236	,154	-1,489
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,137
Ordinal por ordinal	Gamma	,136
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 67: IV.1 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,968 <sup>a</sup>	4	,742
Razón de verosimilitudes	1,792	4	,774
Asociación lineal por lineal	,144	1	,704
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,04.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,062		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,026	,121	-,217
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,742
Ordinal por ordinal	Gamma	,828
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 68: IV.1 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,915 <sup>a</sup>	10	,291
Razón de verosimilitudes	10,949	10	,361
N de casos válidos	510		

a. 9 casillas (40,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,43.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,151		
Ordinal por ordinal	Gamma	,071	,109	,644
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,291
Ordinal por ordinal	Gamma	,519
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## PREGUNTA IV.2

*¿Preferiría que la información se la dieran a su familia en vez de a Vd.?*

**Tabla 69: IV.2 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	220,505 <sup>a</sup>	176	,013
Razón de verosimilitudes	251,385	176	,000
Asociación lineal por lineal	2,912	1	,088
N de casos válidos	510		

a. 238 casillas (89,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,549		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,099	,054	-1,841
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,013
Ordinal por ordinal    Gamma		,066
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 70: IV.2 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,789 <sup>a</sup>	2	,150
Razón de verosimilitudes	3,800	2	,150
Asociación lineal por lineal	1,997	1	,158
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,69.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,086		
Ordinal por ordinal	Gamma	,119	,082	1,455
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,150
Ordinal por ordinal	Gamma	,146
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 71: IV.2 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,029 <sup>a</sup>	8	,000
Razón de verosimilitudes	48,514	8	,000
Asociación lineal por lineal	4,625	1	,032
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,51.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,293		
Ordinal por ordinal    Gamma	,129	,062	2,087
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,000
Ordinal por ordinal    Gamma		,037
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 72: IV.2 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,487 <sup>a</sup>	20	,122
Razón de verosimilitudes	26,223	20	,159
N de casos válidos	510		

a. 10 casillas (30,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,60.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,226		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,067	,056	-1,201
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,122
Ordinal por ordinal	Gamma	,230
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA IV.3**

*¿Qué valora más de la información recibida?*

**Tabla 73: IV.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	155,572 <sup>a</sup>	176	,864
Razón de verosimilitudes	158,086	176	,830
Asociación lineal por lineal	,572	1	,450
N de casos válidos	510		

a. 245 casillas (91,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,483		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,043	,049	-,869
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,864
Ordinal por ordinal    Gamma		,385
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 74: IV.3 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,074 <sup>a</sup>	2	,584
Razón de verosimilitudes	1,083	2	,582
Asociación lineal por lineal	,498	1	,480
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,41.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,046		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,047	,086	-,549
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,584
Ordinal por ordinal	Gamma	,583
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 75: IV.3 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,857 <sup>a</sup>	8	,448
Razón de verosimilitudes	9,778	8	,281
Asociación lineal por lineal	1,100	1	,294
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,62.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,123		
Ordinal por ordinal	Gamma	,055	,064	,871
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,448
Ordinal por ordinal	Gamma	,384
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 76: IV.3 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,309 <sup>a</sup>	20	,024
Razón de verosimilitudes	36,162	20	,015
N de casos válidos	510		

a. 9 casillas (27,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,77.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,251		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,078	,059	-1,325
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,024
Ordinal por ordinal	Gamma	,185
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## PREGUNTA IV.4

*Si le tuvieran que volver a operar ¿como le gustaría que se hicieran las cosas en cuanto al C.I.?*

**Tabla 77: IV.4 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	210,543 <sup>a</sup>	176	,039
Razón de verosimilitudes	215,199	176	,023
Asociación lineal por lineal	4,635	1	,031
N de casos válidos	510		

a. 238 casillas (89,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,541		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,105	,052	-1,999
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,039
Ordinal por ordinal    Gamma		,046
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 78: IV.4 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,281 <sup>a</sup>	2	,043
Razón de verosimilitudes	6,331	2	,042
Asociación lineal por lineal	3,793	1	,051
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,39.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,110		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,182	,086	-2,089
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,043
Ordinal por ordinal	Gamma	,037
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 79: IV.4 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,037 <sup>a</sup>	8	,081
Razón de verosimilitudes	11,771	8	,162
Asociación lineal por lineal	,032	1	,859
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,05.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,164		
Ordinal por ordinal	Gamma	,009	,066	,137
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,081
Ordinal por ordinal	Gamma	,891
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 80: IV.4 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,448 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	65,041	20	,000
N de casos válidos	510		

a. 10 casillas (30,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,97.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,353		
Ordinal por ordinal	Gamma	,165	,058	2,834
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,005
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA V.1**

*¿Ha tomado libremente y Vd. sólo, la decisión de ser anestesiado?*

**Tabla 81: V.1 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	233,015 <sup>a</sup>	176	,003
Razón de verosimilitudes	215,490	176	,023
Asociación lineal por lineal	3,629	1	,057
N de casos válidos	510		

a. 233 casillas (87,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de	,560		
Ordinal por ordinal	contingencia			
	Gamma	-,037	,067	-,552
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,003
Ordinal por ordinal	Gamma	,581
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 82: V.1 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,758 <sup>a</sup>	2	,685
Razón de verosimilitudes	,759	2	,684
Asociación lineal por lineal	,109	1	,741
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,32.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,039		
Ordinal por ordinal	Gamma	,012	,098	,119
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,685
Ordinal por ordinal	Gamma	,906
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 83: V.1 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,700 <sup>a</sup>	8	,000
Razón de verosimilitudes	37,026	8	,000
Asociación lineal por lineal	14,189	1	,000
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,18.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,266		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,302	,073	-3,985
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,000
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 84: V.1 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,575 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	53,002	20	,000
N de casos válidos	510		

a. 16 casillas (48,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,50.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,318		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,144	,067	-2,136
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,033
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## PREGUNTA V.2

*¿Se ha sentido presionado por el anestesista para ser anestesiado?*

**Tabla 85: V.2 \* Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	186,526 <sup>a</sup>	176	,279
Razón de verosimilitudes	79,623	176	1,000
Asociación lineal por lineal	,546	1	,460
N de casos válidos	510		

a. 228 casillas (85,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Medidas simétricas				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,517		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,074	,138	-,532
N de casos válidos		510		

Medidas simétricas		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,279
Ordinal por ordinal	Gamma	,595
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 86: V.2 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,377 <sup>a</sup>	2	,305
Razón de verosimilitudes	2,508	2	,285
Asociación lineal por lineal	,000	1	,986
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,48.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,068		
Ordinal por ordinal	Gamma	,001	,226	,004
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,305
Ordinal por ordinal	Gamma	,996
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 87: V.2 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,605 <sup>a</sup>	8	,691
Razón de verosimilitudes	6,808	8	,558
Asociación lineal por lineal	1,724	1	,189
N de casos válidos	510		

a. 9 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,104		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,225	,151	-1,393
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,691
Ordinal por ordinal	Gamma	,163
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 88: V.2 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,089 <sup>a</sup>	20	,771
Razón de verosimilitudes	16,622	20	,677
N de casos válidos	510		

a. 22 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,170		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,027	,141	-,193
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,771
Ordinal por ordinal	Gamma	,847
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### **PREGUNTA V.3**

*¿Y por su familia?*

**Tabla 89: V.3 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	151,230 <sup>a</sup>	176	,912
Razón de verosimilitudes	92,542	176	1,000
Asociación lineal por lineal	,908	1	,341
N de casos válidos	510		

a. 228 casillas (85,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de	,478		
	contingencia			
Ordinal por ordinal	Gamma	,105	,109	,947
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,912
Ordinal por ordinal	Gamma	,343
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 90: V.3 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,004 <sup>a</sup>	2	,605
Razón de verosimilitudes	1,008	2	,604
Asociación lineal por lineal	,350	1	,554
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,48.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,044		
Ordinal por ordinal	Gamma	,114	,188	,603
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,605
Ordinal por ordinal	Gamma	,547
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 91: V.3 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,015 <sup>a</sup>	8	,933
Razón de verosimilitudes	3,658	8	,887
Asociación lineal por lineal	,249	1	,618
N de casos válidos	510		

a. 7 casillas (46,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,077		
Ordinal por ordinal	Gamma	,052	,142	,368
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,933
Ordinal por ordinal	Gamma	,713
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 92: V.3 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,989 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	44,232	20	,001
N de casos válidos	510		

a. 20 casillas (60,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,293		
Ordinal por ordinal	Gamma	,186	,126	1,438
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,150
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA V.4**

*¿Ha firmado un documento otorgando su consentimiento para ser anestesiado?*

**Tabla 93: V.4 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	161,622 <sup>a</sup>	176	,774
Razón de verosimilitudes	135,961	176	,989
Asociación lineal por lineal	,001	1	,982
N de casos válidos	510		

a. 228 casillas (85,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,491		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,006	,077	-,084
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,774
Ordinal por ordinal    Gamma		,933
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 94: V.4 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,917 <sup>a</sup>	2	,632
Razón de verosimilitudes	,919	2	,631
Asociación lineal por lineal	,245	1	,621
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,40.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,042		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,036	,139	-,257
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,632
Ordinal por ordinal	Gamma	,797
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 95: V.4 \* Formación**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,532 <sup>a</sup>	8	,588
Razón de verosimilitudes	10,302	8	,244
Asociación lineal por lineal	1,367	1	,242
N de casos válidos	510		

a. 4 casillas (26,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,76.

<b>Medidas simétricas</b>				
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,112		
Ordinal por ordinal	Gamma	,123	,100	1,209
N de casos válidos		510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,588
Ordinal por ordinal	Gamma	,227
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 96: V.4 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,819 <sup>a</sup>	20	,534
Razón de verosimilitudes	23,029	20	,287
N de casos válidos	510		

a. 18 casillas (54,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,189		
Ordinal por ordinal	Gamma	-,061	,095	-,646
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,534
Ordinal por ordinal	Gamma	,518
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## **PREGUNTA V.5**

*¿Considera importante firmar ese documento otorgando su consentimiento para ser anestesiado?*

**Tabla 97: V.5 \* Edad**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	177,643 <sup>a</sup>	176	,451
Razón de verosimilitudes	185,715	176	,293
Asociación lineal por lineal	,006	1	,938
N de casos válidos	510		

a. 238 casillas (89,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

<b>Medidas simétricas</b>			
	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia	,508		
Ordinal por ordinal    Gamma	-,014	,052	-,265
N de casos válidos	510		

<b>Medidas simétricas</b>		
		Sig. aproximada
Nominal por nominal    Coeficiente de contingencia		,451
Ordinal por ordinal    Gamma		,791
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 98: V.5 \* Sexo**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,989 <sup>a</sup>	2	,224
Razón de verosimilitudes	3,033	2	,220
Asociación lineal por lineal	,090	1	,764
N de casos válidos	510		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,87.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,076		
Ordinal por ordinal	Gamma	,045	,090	,502
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,224
Ordinal por ordinal	Gamma	,616
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 99: V.5 \* Formación**

**559**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,334 <sup>a</sup>	8	,610
Razón de verosimilitudes	6,959	8	,541
Asociación lineal por lineal	,651	1	,420
N de casos válidos	510		

a. 2 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,40.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,111		
Ordinal por ordinal	Gamma	,051	,068	,756
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,610
Ordinal por ordinal	Gamma	,450
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 100: V.5 \* Especialidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,218 <sup>a</sup>	20	,001
Razón de verosimilitudes	47,074	20	,001
N de casos válidos	510		

a. 12 casillas (36,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,13.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,282		
Ordinal por ordinal	Gamma	,048	,061	,788
N de casos válidos		510		

**Medidas simétricas**

		Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,001
Ordinal por ordinal	Gamma	,431
N de casos válidos		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.