

## **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

**Eugenia Guadalupe Cereijo Silva.**

*DUE, Servicio Oncología, Hospital Juan Canalejo, La Coruña.*

**M<sup>o</sup> Salomé Llovo Guillán.**

*DUE, Hospital Universitario Santiago.*

**M<sup>o</sup> del Carmen Ordóñez Novo.**

*DUE, Servicio Oncología, Hospital Materno Infantil, La Coruña.*

### **INTRODUCCIÓN**

La información médica es un derecho de los pacientes, forma parte importante del acto asistencial y es un proceso que la sanidad pública debe garantizar y emprender las acciones necesarias para conseguir que los pacientes puedan participar activamente en la toma de decisiones y estén satisfechos con esta información.

El consentimiento informado debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico y terapéutico, después de que el médico le haya informado sobre la naturaleza, riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas (1). Los trabajos de investigación realizados hasta el momento actual ponen de manifiesto el deseo de los pacientes de conocer la verdad sobre su pronóstico, pero es un hecho que la información a los pacientes da lugar a polémica si el pronóstico de la enfermedad es malo (2).

En el momento en el que proceso diagnóstico y terapéutico nos ha revelado la existencia de una enfermedad considerada como grave, incurable, o del mal pronóstico, sur-

gen generalmente sentimientos «proteccionistas» o «paternalistas» de ocultación de la realidad al propio interesado. Cuántas veces los familiares nos han advertido de que «a nuestro padre no le diga jamás que lo que tiene es un cáncer, no podría soportarlo...», atribuyéndose ellos con buena intención, por supuesto, una autoridad, que no les corresponde, sobre la voluntad de dicho familiar.

Aunque para los médicos ya no es el cáncer la enfermedad más terrible, pues conocemos muchos casos de evolución favorable, este diagnóstico tiene, entre la población general carácter mítico, significando el sumun de la peor de las enfermedades y es francamente difícil convencer a alguien de que tener un cáncer no es, a veces, tan grave como se piensa (3).

### **OBJETIVOS**

Conocer si el personal médico y de enfermería cumple con el deber de poner a disposición del paciente la suficiente información que le permita tomar decisiones, salvaguardando su autonomía.

Conocer las dificultades con que se encuentra el médico y personal de enfermería a la hora de respetar el derecho del paciente a saber la verdad sobre su enfermedad, siempre que él quiera y sobre los procedimientos terapéuticos y de cuidados.

### **MÉTODOS**

Hemos realizado una entrevista-cuestionario, con 15 preguntas para médicos y 11 para enfermeras/os, con posibilidad de respuestas abiertas que permitan una mayor riqueza de matices. Han colaborado de forma voluntaria 18 médicos y 30 enfermeras/os en el mes de abril de 1997.

Señalamos que el método seguido, no

permite procesar las respuestas de forma estadística: no era esta nuestra intención.

### **INFORMACION OBTENIDA**

a).- De la entrevista-encuesta realizada al personal médico obtenemos la siguiente información:

El paciente que llega a la consulta de oncología desconoce su diagnóstico en la mayoría de los casos.

Cuando el médico informa, se dirige en primer lugar a la familia, excepto en raras ocasiones, y además en un 50% al enfermo.

Las dificultades que encuentra a la hora de informar al paciente son por este orden:

- oposición por parte de la familia
- de comprensión del paciente
- de falta de tiempo por parte del médico
- temores personales del propio médico
- carencia de lugar adecuado.

Muchos utilizan la expresión «verdad soportable» y hablan de información gradual, mediatizada por la capacidad psicológica del paciente y/o familia para recibir y asimilar el mensaje.

Casi todos piensan que es posible ofrecer una información veraz y esperanzada.

En lo que se refiere a las opciones terapéuticas, TODOS manifiestan que informan de las consecuencias, pero habitualmente no al paciente sino a la familia.

La mayoría de los encuestados opinan que es beneficioso para el paciente disponer de información, sólo una minoría tiene dudas.

En la Historia Clínica, no se registra la información que el paciente y/o familia tiene de su enfermedad, pero opinan que sería interesante el hacerlo.

Ante una duda fundada sobre la utilidad o no de un tratamiento o método diagnósti-

co, un pequeño porcentaje decide, de acuerdo con otros colegas, si lo llevan o no a cabo. Muchos informan a la familia, pero sólo uno habla de ello con el paciente.

Ante una situación terminal, TODOS están de acuerdo en adoptar medidas de apoyo en el domicilio o Cuidados Paliativos. Valoran la necesidad de colaboración de los Servicios de Atención Primaria. A veces por problemas socio-familiares se recurre a la hospitalización. La decisión suele tomarla el facultativo de acuerdo con la familia, pero rara vez se cuenta con el paciente. TODOS opinan que es beneficioso para el paciente el trabajar en equipo con el personal de enfermería, ya que pueden establecerse distintos niveles de buena comunicación, aunque alguno de ellos lo matiza.

Si el paciente no ha sido informado antes, llegada la fase terminal rara vez se le informa de ello, a pesar de ser «este acontecimiento, junto con el nacimiento, el más importante de la vida del individuo». Algún médico considera que si no se le ha hablado antes es una crueldad hacerlo cuando ya no hay «nada» que ofrecerle. Si el paciente demanda esta información, sólo algunos responden claramente; muchos lo insinúan: «lo dejan caer».

Cuando se valora la posibilidad de administrar un tratamiento que anule considerablemente el nivel de conciencia del paciente, informan de ello a la familia, al paciente sólo en algún caso y de forma muy «suavizada».

De los encuestados, un 60% se siente coaccionado a la hora de dar una verdadera información al paciente, sobre todo por la familia, pero en ocasiones también por colegas, incluido su jefe de servicio.

b).- De la entrevista-encuesta realizada al

personal de enfermería obtenemos la siguiente información:

La mayoría de las enfermeras conocen el diagnóstico y, solo en ocasiones, el pronóstico y evolución de los enfermos, no porque se trabaje en equipo con los facultativos sino porque movidas por el interés personal, intentan averiguarlo a través de la Historia Clínica, cuando pueden acceder a ella, y del diálogo que mantienen con la familia y el propio paciente.

Otro inconveniente es la falta de tiempo para registrar la información obtenida, en la historia de enfermería y poder leerla en turnos posteriores.

La enfermera desconoce en la mayoría de los casos el grado de comprensión que el paciente y la familia tiene de su enfermedad. Tampoco sabe la información que el médico ha dado por lo cual, en muchas ocasiones vacila a la hora de responder a las cuestiones que los enfermos y la familia le plantean.

Están todos de acuerdo en que sería un bien deseable para el propio paciente el trabajo en equipo, no debemos olvidar que el personal de enfermería está todo el día «a pie de cama».

La mayoría informa y explica al paciente el funcionamiento y cuidado de los distintos artilugios que se utilizan para realizar todos los cuidados, pero con las limitaciones que la falta de tiempo impone; sólo un pequeño porcentaje dice que no da ésta información.

A la hora de informar sobre exploraciones diagnósticas o tratamientos, el personal de enfermería se muestra más reacio por la falta de colaboración con el equipo médico.

La enfermería, de forma prácticamente unánime, opina que, aparte de administrar el tratamiento y colaborar con el facultativo facilitando la comprensión del paciente acer-

ca de su proceso, su función consiste en ayudarle a asumir su enfermedad como una situación más de su vida, acompañándolo a él y a su familia, a la vez que reconoce la necesidad de formarse en éste aspecto.

Todos están de acuerdo en que estos pacientes tienen necesidad de apoyo psicológico y, en ocasiones, también el personal que los atiende.

Los datos obtenidos son de gran interés, no porque aporten grandes novedades, sino por que considerarnos que significó una reflexión acerca de la práctica habitual de la relación médico-paciente-enfermera en el campo de la información, para estos profesionales.

En general existen muy buenas disposiciones personales, sobre todo en el personal facultativo. La mayor indiferencia en las enfermeras o enfermeros, en nuestra opinión, se debe al síndrome de Burnout o «profesional quemado (hoy tan sólo el 10% de los profesionales de Enfermería elegiría de nuevo esta profesión).

También pensamos que resulta muy beneficioso que la información haya sido obtenida en nuestro medio habitual de trabajo ya que esto quizá facilite, entre las personas más sensibilizadas, una mayor toma de conciencia de la importancia de este tema, que podría derivar en la realización de unas jornadas de trabajo en común más intensas en las que se pueda analizar la situación con mayor profundidad y buscar algunas soluciones concretas que, en su momento, sean valorables a nivel de gerencia hospitalaria y se comprometan a dar la máxima prioridad a los derechos de los pacientes.

Sabemos que esto no es fácil ya que en los criterios gerenciales se imponen la cantidad de actos, mientras que nosotros, a través de

la bioética, nos proponemos a la vez garantizar la calidad asistencial que se presta al paciente individualizado, es decir, a cada PERSONA.

Al realizar las entrevistas-cuestionarios para llevar a cabo este trabajo, nos ha llamado la atención que frecuentemente se confunde «consentimiento informado» con «papel firmado», lo que evidencia a nuestro juicio una gran carencia de formación bioética en el personal sanitario entrevistado, aunque sinceramente hemos de reconocer que no nos sorprende; es más, lo esperábamos.

El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre médico y paciente, por el que éste acepta someterse a un procedimiento diagnóstico y/ o terapéutico, después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza, los riesgos y beneficios que conlleva, así como las posibles alternativas (4).

## **FUNDAMENTOS LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La autonomía y propiedad del paciente sobre su propio cuerpo son principios que comienzan a respetarse y a tenerse en cuenta en la segunda mitad del s. XIX. Hasta entonces la ley no se preocupaba de la calidad de la comprensión por parte del paciente, ni se imponía al médico la obligación a desvelar nada más que el nombre de la enfermedad y una descripción superficial de su naturaleza.

El concepto de consentimiento informado (Informed consent) fue usado por primera vez en 1957 en California.

En España, el Reglamento General para el Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1972, establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar directamente o a través de los allegados, las intervenciones

quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicasen riesgos previsibles, así como a ser advertidos de su estado de gravedad.

En 1984, el INSALUD puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, cuyo objetivo fue la implantación de una Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, que en el punto 4 hacía referencia al derecho a la información.

La Ley General de Sanidad de 1986, recoge ésta Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, que en el artículo 10 dice: «Todos tienen derecho a:

1.- Que se les dé en términos comprensibles, a él y sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas al tratamiento.

2.- La libre elección entre las opciones que represente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto:

a.- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

b.- Cuando no se esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a la familia o personas a él allegadas.

c.- Cuando la urgencia no permita demoras y pueda ocasionar lesiones irreversibles o exista peligro de fallecimiento - Ley 14/1986 del 25 de Abril.

Cuando la ley habla de «información completa» no puede referirse a una información exhaustiva, sino que hay que referirla al conocimiento adecuado de la situación que permite al paciente salvaguardar su autonomía. Puede entenderse entonces como ajustada aquella información que una persona razonable desearía conocer; los «riesgos

materiales», es decir, aquellos que son frecuentes aunque leves, y además los que aún siendo raros, son muy graves. (5)

Es preciso sin embargo dejar constancia del derecho del paciente que, de forma explícita así lo manifieste, a no ser informado. En este caso se debe transmitir la información a la familia, pero sin que esto suponga un deterioro de la relación personal médico-paciente, a través de la que se procurará generar un cambio progresivo en su actitud.

Pensamos que en un futuro no muy lejano el derecho a la información del paciente generará gran parte de los conflictos sanitarios.

### **FUNDAMENTOS ETICOS**

La relación más importante que se produce en la asistencia sanitaria es la del médico con el paciente. Esta relación se ha desarrollado durante mucho tiempo mediante un esquema paternalista; el médico decidía en nombre del paciente y en función de su criterio exclusivo, teniendo como base el valor ético de la beneficencia. Ultimamente éste modelo ha entrado en crisis por diversos motivos. Los cambios en la estructura sanitaria han complicado la relación médico-paciente; el desarrollo de la bioética y los principios de la Ley General de Sanidad comienzan a tener influencia en el modo de actuación de los médicos. Los avances tecnológicos con el incremento del número y complejidad de los procedimientos, hacen que la toma de decisiones sea más difícil, la aparición de nuevas patologías de especiales características como el SIDA, etc. han hecho que los ciudadanos sean más exigentes en sus derechos (6).

Estos cambios provocan que el modelo paternalista de beneficencia pura se esté

transformando en otro basado en modelos éticos diferentes, como el de la autonomía. La autonomía de los pacientes significa que se le debe dar información acerca de su estado y sobre las posibles alternativas de tratamiento; que deben respetarse las decisiones de los enfermos después de una información adecuada (7).

Teniendo en cuenta además que el hombre no es solo un ser corporal sino también espiritual, las decisiones probablemente no estarán basadas sólo en criterios de salud sino también en emociones, sentimientos, religión, superstición, etc. y es tan autónomo el que quiere saber como el que voluntariamente renuncia a éste derecho.

El afloramiento del principio de autonomía no implica, sin embargo, una sustitución del principio de beneficencia: los dos modelos conviven y han de seguir haciéndolo así por el bien del paciente.

Hay aspectos que singularizan el principio de autonomía, como por ejemplo el papel de la familia en nuestra cultura mediterránea, que actúa como intermediaria entre el médico y el paciente y no siempre con el consentimiento de éste último. Es la familia la que reclama autonomía y, por tanto, quien demanda el consentimiento informado (8).

### **HISTORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPAÑA**

El consentimiento informado en España, entendido como simple documento se inició hace varios años; como documento profesional con dos objetivos bien diferentes: el proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, aunque no siempre se lograba por incompleto o por terminología incomprendible; y el tener una hipotética cobertura legal ante posibles demandas por mala pra-

xis.

Como no siempre se pretendía que el documento de consentimiento informado consiguiera los dos objetivos anteriores, el contenido de la información para un procedimiento variaba en función del objetivo pretendido, y así nos encontramos con documentos de características defensivas en tanto que otros eran solo informativos. También se han utilizado en los hospitales documentos de consentimiento informado de tipo general, que a veces eran firmados por el paciente al ingreso (en Admisión), que son, ética y legalmente inaceptables (9).

A la vista de éstos hechos la necesidad de unificar criterios se hace improrrogable y se celebra con éste fin una Conferencia de Consenso, patrocinada por la Unidad de Política de Calidad del INSALUD. De ésta Conferencia salió un documento de conclusiones que fue enviado a todos los Centros del INSALUD y que, junto con los fundamentos legales y éticos, formaron la base de una guía para la información y obtención del consentimiento informado y que puede resumirse en los siguientes puntos:

a) Derecho del paciente a aceptar un tratamiento

b) El papel de los profesionales en la información a los pacientes y en la obtención del consentimiento informado.

c) Documento del consentimiento informado

d) Aspectos que debe incluir el documento

Nos detenemos ahora en el cuarto punto. En todo documento deben figurar los siguientes apartados:

- datos personales del paciente.
- nombre del médico que informa (que no tiene que ser el que

realiza el procedimiento).

- nombre del procedimiento a realizar, con explicación breve y comprensible del objetivo del mismo y como se llevará a cabo.

- información de los riesgos típicos y de los atípicos, si son graves. También se considera muy interesante la posibilidad de dejar un espacio en blanco donde se hagan constar expresamente los riesgos relacionados con las circunstancias personales si los hubiera.

- Si existen o no otras alternativas diagnósticas o de tratamiento.

- Declaración del paciente en la que exprese su consentimiento y satisfacción con la información recibida.

- Firma del médico y del paciente.

- Apartado final para el consentimiento a través de un representante legal en caso de incapacidad del propio interesado.

A modo de recomendación es deseable:

- 1.- Si el paciente no decide lo contrario, que un familiar esté presente mientras se da la información y se solicita el consentimiento (10).

- 2.- Que aparezca el diagnóstico siempre que el enfermo no se haya manifestado en contra.

- 3.- Que el paciente disponga del tiempo e intimidad suficiente para reflexionar antes de tomar las decisiones (11).

- 4.- Que figure también en el documento el derecho del paciente a revocar su consentimiento en cualquier momento.

Teniendo en cuenta lo hasta ahora expuesto, no resulta difícil detectar graves deficiencias en los protocolos de consentimiento informado que se ofrecen en nuestros hospitales.

No queríamos finalizar éste trabajo sin hacer unas alusiones a los pacientes terminales y los servicios de Cuidados Paliativos ya

que han sido ampliamente comentados, sobre todo por el personal de enfermería.

El origen de los Cuidados Paliativos nos lleva al Reino Unido. La inquietud de una enfermera (Cecily Sanders) que observó como la medicina se desentendía de los pacientes en fase terminal la lleva a estudiar medicina para hacer mas firme la lucha por una nueva disciplina sanitaria que se ocupe de estos pacientes. Con su demanda logra crear la Unidad de Atención Médica y Social, movimiento que se extiende a Canadá y otros países. El pionero en este método en España es el Dr. Sanz Ortiz, del hospital de Valdecilla. Dentro de nuestras autonomías, Cataluña es la que cuenta con mayor estructura.

Los Cuidados Paliativos apuestan por la dignidad de las personas. Su espíritu es afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso natural que no aceleran ni retienen, y su concepción es que han de practicarse desde una perspectiva multidisciplinar, incluyendo profesionales sanitarios, asistentes sociales, psicólogos, voluntarios, etc. Los pioneros han hecho que muchos otros profesionales se hayan propuesto extenderlo por nuestro país, y a su vez, se ha producido una notable demanda de información por parte de los profesionales, sobre todo si participan en la atención de pacientes terminales.

El objetivo del tratamiento de los Cuidados Paliativos no es prolongar la vida sino mejorar en lo posible las condiciones del paciente y su familia, atendiendo a sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Una buena atención a los pacientes terminales es un buen índice del respeto de una sociedad por la dignidad de las personas.

En el Simposium Europeo de Bioética,

celebrado en Santiago de Compostela, se habló de si era beneficioso para el paciente conocer el diagnóstico en la fase terminal y cuál debe ser la actitud del médico partiendo del hecho de que se acepte que, en principio, todo paciente tiene derecho a estar informado de su dolencia; como en la práctica se supone que la verdad puede resultar perjudicial, se opta por no dar información. Después de la revisión de varios trabajos y encuestas se concluye que, para el paciente oncológico terminal, el conocimiento de su diagnóstico supone un beneficio global. La comunicación en el caso de la situación terminal es el canal terapéutico a través del cual se lleva a cabo el apoyo psicológico que el paciente necesita y se demuestra como la información estimula la intercomunicación con la familia y el equipo asistencial.

La actitud del profesional que cuida pacientes terminales ha de ser informar, siempre que sea posible, intentando un cambio progresivo en la actitud del paciente cuando compruebe que éste no desea ser informado.

## CONCLUSIONES

En nuestro medio, en la mayoría de los casos, el personal facultativo y de enfermería, no pone a disposición del paciente la información que le permite ejercitar su autonomía y tomar parte activamente en el proceso de su enfermedad. Esto se debe, a presiones familiares, de comprensión y de tiempo, sobre todo por parte de los médicos.

En lo referente a la enfermería, el vínculo deontológico que debe existir con el médico impide en un buen número de casos que la información transmitida al paciente sea la adecuada.

Se hacen imprescindibles, por lo tanto,

para remediar ésta situación, los siguientes pasos:

- Concienciación del personal sanitario en este sentido.
- Educación de la población.
- Toma de conciencia por parte de la administración de la importancia del consentimiento informado para una mejor calidad asistencial.

### EXPERIENCIAS PERSONALES

1).- C.R. tiene alrededor de 45 años, operada de c.a. mama hace 5 años, conoce su diagnóstico y está ingresada en el servicio de Oncología. Mantiene la siguiente conversación con la enfermera:

P: Estoy muy mal (se encuentra con mucha disnea). Hace 5 años cuando me operaron le pedí a Dios que me concediese un tiempo para cuidar a mis hijos y me lo ha dado. Estuve muy bien, pero ahora ya no. ¿Tú crees que me voy a morir?

E: No lo sé C. No es que no se lo quiera decir, sino que realmente el que conoce su situación es el médico.

P: Yo no tengo miedo a morir, lo tengo asumido, lo que sí quiero es por favor que no me dejéis sola.

E: C. eso te lo aseguro. No te vamos a dejar sola, puedes contar con nosotras en cualquier momento.

P: Durante estos años hablé mucho con mis hijos, pero de saber que me estoy muriendo, habría algunas cosas que me gustaría decirles.

E: C. pienso que lo mejor es que le preguntes al médico.

P: Si... no sé, mi marido me dice que todo va bien..., pero yo noto que no tiene el poder de convicción que tenía antes.

Al pasar visita, C. le pregunta si se está

muriendo..., la respuesta es «no adelantemos acontecimientos».

Al salir de la habitación, la enfermera comenta al médico la conversación que mantuvo momentos antes con C.

### C. SE MURIO A LOS TRES DIAS

2).- R. E. Varón entre 40 y 45 años. Padece un tipo de leucemia aguda y no sabe su diagnóstico. Ha ingresado varias veces en el Servicio de Hematología para someterse a un tratamiento de quimioterapia. Ya se le ha caído el pelo.

En el pasillo del Hospital habla con pacientes y familiares; uno de los días el padre de un adolescente aquejado de la misma enfermedad le dice lo siguiente: «claro los que como mi hijo y tu tenéis leucemia... »

ASI DESCUBRIO LO QUE EN REALIDAD TENIA.

3).- Habitación con 4 pacientes, 2 de ellos son de Oncología. Al pasar visita, el primero de ellos, un chico joven que conoce su diagnóstico habla sin tapujos con su médico del cáncer operado, de sus posibles metástasis... El segundo paciente con el tratamiento de quimioterapia pasándole ya por vía endovenosa, no dice nada; él está bien..., pero al día siguiente espera al médico en el pasillo y al verle le dice ¿Dr. puedo hablar con usted?; éste le contesta que después en la habitación.

Al entrar el médico lo aborda nuevamente, y éste, por segunda vez le dice que cuando termine de visitar a su compañero.

Al llegarle el turno le dice:

P: Dr., entonces esto que yo tengo ¿qué es?

Dr: -Ya sabe que tiene una lesión en el hígado relacionada con el problema de pulmón que ya tenía ...

P: Pero, ¿puede decirme si lo que tengo es un cáncer?

Dr: Pues sí, efectivamente.

P: ¿Y tiene esto algún tratamiento?

Dr: Sí, por supuesto. Cuando le han enviado aquí, es porque hay. Esto que le estamos administrando, lo es...

4).- E.X. hace unos años que se le diagnosticó un tipo de leucemia, en la actualidad tiene 18 años. Hace unos meses fue sometida a un trasplante de médula, pero no resultó efectivo y sabe que se va a morir. Se le llenan los ojos de lágrimas cuando habla de que ya no verá más a sus sobrinos... Los últimos días es trasladada a una habitación individual, y comenta a una enfermera: Yo ya sé que me muero, salió mal y no hay nada que hacer, pero ¿sabes lo que de verdad me duele?, que los médicos que antes se desvivían por mí, durante el proceso del trasplante, ahora ni siquiera entran a verme.... ya no intereso...

MURIO A LOS TRES DIAS.

5).- P.J.R., varón, de 40 años aproximadamente. Presenta grandes adenopatías cervicales. Desde hace tres meses está «danzando» de consulta en consulta, análisis, múltiples pruebas y algún ingreso esporádico. Nadie le da explicaciones. Al final es remitido a la consulta de Oncología.

Harto de la situación, nada más entrar y cuando apenas el médico ha empezado a decirle que quizás las adenopatías estén relacionadas con su problema de pulmón, le cortó en seco y le dijo: ¿lo que usted me está diciendo se traduce en que yo tengo un cáncer?, a lo que el médico responde que sí. Sin más el paciente se levantó y se fué dando un portazo.

A los tres días vuelve a la consulta recla-

mando información acerca de posibles alternativas terapéuticas.

6).- J., Enfermero de profesión. Conoce su diagnóstico y posible evolución. Está ingresado en la planta de Oncología.

Un día le dice al Dr.: «ahora que estoy consciente quiero advertir que llegada la fase final, no quiero que bajo ningún concepto me administren fármacos que puedan disminuir mi nivel de conciencia; quiero ser consciente de mi propia muerte.

## BIBLIOGRAFIA

1) Ana Sainz y otros. Rev. Calidad Asistencial, 1994 2: 68-71.

2) Monjema. La verdad ante el enfermo. Rev. de Medicina Univ. de Navarra, 1988; 32: 171-175.

3) Lopez- Azpitarte, E. El derecho del enfermo a la verdad. Jano, 1986; 751: 17-22.

4) Quintana, O. Calidad y consentimiento informado. Ponencia.

5) Simon Lorda, E.; Concheiro Carro, L. El consentimiento informado. Teoría y práctica (I). Med. Clinic. (Barc), 1993.

6-8) Quintana, O. International bioethics the role of the council of Europe. Journal of Medical Ethics, 1993.

7) Drave, J. Bioética en una sociedad pluralista: dilemas éticos en la medicina actual. Univ. Pontificia de Comillas, 1988.

9) Simon Lorda, P. El consentimiento informado (II). Medic. Clinic, 1993.

10) Lavelle-Jones, C. Factor affecting quality of informed consent BMJ 306, abril 1993.

11) Kerrigan, D. Whos afraid of informed consent. BMJ 306, I 1993.