



Medicent Electrón. 2018 ene.-mar.;22(1)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO CARDIOCENTRO «ERNESTO GUEVARA»  
SANTA CLARA, VILLA CLARA****COMUNICACIÓN****Algunas reflexiones acerca de la práctica del consentimiento informado en la cirugía cardiovascular cubana****Some reflections on the practice of the informed consent in the cardiovascular surgery in Cuba**Yoandy López de la Cruz<sup>1</sup>, Laura Beatriz Pérez Machado<sup>2</sup>, Joaquín Zurbano Fernández<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Cardiocentro Ernesto Guevara. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [yoandylc@infomed.sld.cu](mailto:yoandylc@infomed.sld.cu)
2. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

**RESUMEN**

Los orígenes del consentimiento informado se remontan a las dinastías faraónicas egipcias. En las últimas décadas, ha venido a constituir un presupuesto esencial en la relación médico-paciente y, por tanto, una significativa mejora de la calidad asistencial. Las características del proceso que conlleva a la solicitud y firma de una planilla de consentimiento informado, por un paciente o familiar, son dependientes y sólidamente condicionadas por la formación económico-social y por el inherente desarrollo de los sistemas de salud en cada sociedad. En la práctica de la cirugía cardiovascular cubana, el consentimiento informado tiene peculiaridades especiales, por las características propias de los pacientes atendidos en esta especialidad y porque no siempre se les puede ofertar la mejor opción diagnóstica o terapéutica que su condición amerita. En esta Comunicación se reflexiona acerca del consentimiento informado en la cirugía cardiovascular cubana, tomando como analogía su práctica en el Hospital Universitario Cardiocentro «Ernesto Guevara».

*DeCS:* procedimientos quirúrgicos cardiovasculares, consentimiento informado, ética médica.

**ABSTRACT**

The origins of the informed consent date back to the Egyptian pharaonic dynasties. In the last decades, it has become in an essential element of the doctor-patient relationship, and therefore, a significant improvement in healthcare quality. The characteristics of this process, implying the request and signature of the informed consent form by a patient or a relative, are dependent and strongly conditioned by the economic-social formation and the inherent development of the health systems in each society. Informed consent has special peculiarities in cardiovascular surgery in Cuba due to patients' own characteristics attended in this specialty and because we cannot always

offer them the best therapeutic or diagnostic option that their medical condition deserves. A reflection on the informed consent in cardiovascular surgery in Cuba was made in this article taking as analogy its practice at "Cardiocentro Ernesto Guevara" University Hospital.

*DeCS:* cardiovascular surgical procedures, informed consent, ethics, medical.

El principio del consentimiento no es una condición tan nueva como se cree. De hecho, desde los tiempos de la civilización egipcia, se han encontrado documentos que muestran cómo la intervención del doctor tenía que, de alguna forma, ser primero aprobada por el paciente.<sup>1</sup>

Con el devenir de los años, el consentimiento informado llegó a la medicina desde el Derecho, y se considera una de las máximas aportaciones que la ciencia de las leyes ha realizado a la ciencia de la salud, por lo menos en los siglos recientes. En las últimas décadas, ha venido a constituir un presupuesto esencial en la relación médico-paciente y, por tanto, una significativa mejora de la calidad asistencial. Mediante el cumplimiento estricto de sus cuatro principios básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, se establece hoy como una exigencia ética y un derecho que le asiste a todos los seres humanos, que está siendo reconocido, de forma cada vez más creciente, por las legislaciones de la mayoría de los países del mundo.<sup>2,3</sup>

El Cardiocentro «Ernesto Che Guevara» es uno de los dos centros del interior del país que acomete el diagnóstico y tratamiento intervencionista y quirúrgico de enfermedades del corazón. Esto implica que sus pacientes sean sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos extremadamente invasivos y complejos, que pueden, lamentablemente, ocasionar serias complicaciones, incluso la muerte. Por este motivo, el consentimiento informado es de vital importancia para lograr la atención de excelencia que la sociedad le exige, pero es un procedimiento con peculiaridades propias de un sistema de salud singular en el mundo, que imprime diversidad y complejidades a cada caso en particular.

En la cirugía cardiovascular cubana, el contacto preoperatorio del paciente con su cirujano puede, en ciertas ocasiones, ser efímero. La mayoría de los individuos que se someten a operaciones del corazón son pacientes aquejados de cardiopatía isquémica por enfermedad arterial coronaria obstructiva o valvulopatías cardíacas. Como regla general, a muchos se les sigue su evolución durante largos períodos de tiempo por especialistas en Medicina Interna o Cardiología, y son remitidos al cirujano cardiovascular en una fase avanzada de su enfermedad cuando las terapias farmacológicas ya no logran limitar los síntomas, el agravamiento de su estado funcional obliga al tratamiento quirúrgico de su enfermedad o, sencillamente, determinados parámetros ecocardiográficos indican que ha llegado el momento de la cirugía.

Curiosamente, otra situación desafortunada de la práctica cardioquirúrgica cubana pudiera favorecer una relación médico-paciente quizás un poco más prolongada; no siempre el paciente puede ser operado en un período de tiempo relativamente corto después de su diagnóstico, pues los salones instalados en el país para este tipo de intervenciones, y especialmente en nuestra zona geográfica, no son suficientes para satisfacer el número de cirugías correctivas que necesita una población cada vez más comórbida y envejecida, cuyos estándares de salud se comportan semejantes a los de países desarrollados. Se trata de una cirugía del primer mundo en un país del tercero, y las limitaciones económicas impuestas a Cuba por arcaicas políticas extraterritoriales provoca la existencia de una lista de espera en cirugía cardiovascular que, en ocasiones, parece matemáticamente interminable.

La cirugía cardiovascular es una rama altamente especializada de la medicina, a la cual no tienen acceso cientos de millones de pacientes en disímiles latitudes del planeta. Decenas de países no pueden darse el lujo de contar con esta especialidad en sus hospitales públicos y, en el mejor de los casos, la práctica de estas intervenciones queda reducida a las pocas clínicas u hospitales privados que puedan asumir los altos costos que significan estas operaciones. Si bien la espera de los pacientes del Cardiocentro «Ernesto Guevara» es un fenómeno con repercusión negativa sobre ellos y sus médicos, es porque sencillamente la dirección de este país ha tenido el valor de poner al servicio de su pueblo un servicio médico de alta calidad, prácticamente exclusivo de las grandes economías mundiales.

Pudiera pensarse que este lapso en que el paciente espera por su cirugía favorecería su relación con su cirujano pero, por el contrario, lo que ocurre es que esta se resquebraja cuando muchas

veces el paciente no encuentra en la figura del médico a la persona que puede resolver su problema en un período de tiempo prudente, dependan de él o no los motivos.

Queda clara entonces otra nefasta consecuencia de esta lista, y radica en el hecho de que necesariamente –consciente o inconscientemente– serán priorizados para optar por la intervención los pacientes jóvenes, quizás con muchas menos comorbilidades y con muchas más posibilidades de que se obtengan resultados satisfactorios en su cirugía. Esto no quiere decir, por supuesto, que existan exclusiones relacionadas con la edad, y que a determinados pacientes se les niegue su derecho a la cirugía cardíaca por ser muy ancianos, por ejemplo, pero en la práctica resulta sencillo comprender que si la oferta de los servicios de esta especialidad no son suficientes para cubrir las demandas del país, y que dolorosamente un número determinado de pacientes fallecerán esperando su cirugía, entonces el cirujano optará por priorizar a aquellos en quienes esté más justificado el procedimiento, y puede entenderse con esto, donde esté más justificado el gasto de enormes sumas de dinero con las cuales no siempre cuenta nuestra economía. Obviamente, esto explica por sí solo por qué la cifra de pacientes con más de 70 años operados de cirugía cardíaca en la historia de nuestro centro es prácticamente ínfima. En esto ha desempeñado un papel importante el consentimiento informado, pues inevitablemente –nuevamente, consciente o inconscientemente– los cirujanos, durante la explicación de los riesgos del procedimiento, tratarán entre líneas de «convencer» a los pacientes muy ancianos y a sus familiares de que desistan de la cirugía, y les orientarán la posibilidad de recibir tratamiento farmacológico para sus dolencias. Con esto, su «victoria» sería doble: evitar cirugías más complejas (en lo referido a las características del paciente), con más posibilidades de fracaso, y favorecer operaciones en aquellos relativamente más jóvenes, con opciones más reales de obtener buenos resultados y, a la vez, con la intención de disminuir los años de vida potencialmente perdidos.

A las claras, queda descubierto un nuevo fenómeno relacionado con el consentimiento informado en la cirugía cardiovascular, y tiene que ver con el hecho de que la formación económico-social y el desarrollo mercantil y financiero del país les imprime un sello de distinción a este proceso, puesto que no sería igual la información que se le suministre a un paciente de una nación pobre, comparado con un individuo de un país donde la accesibilidad a este servicio esté al alcance de todos. En los países ricos de Norteamérica, Europa occidental y Asia, ya hace muchos años que se practican procedimientos cardiovasculares complejos en pacientes nonagenarios, con fabulosos resultados. De hecho, a tono con el envejecimiento poblacional que sufren estas sociedades, se practican más cirugías e intervenciones más complicadas en pacientes de más de 75 años que en personas de edades precedentes. Tener un poderío económico que permita brindar esta opción terapéutica a todos los pacientes que la necesiten, no obliga a los médicos a tener que priorizar determinados grupos de edades o enfermedades, por lo que se podrían operar muchos pacientes de edades avanzadas, lo que permitiría mejorar la calidad en la atención a este grupo especial de la población y dedicar esfuerzos investigativos y financieros al desarrollo de nuevas técnicas menos invasivas que permitan, por ejemplo, practicar cirugías más cortas y con menos complicaciones –como la cirugía de sustitución valvular a corazón latiendo, mediante catéteres o con abordaje transapical de la válvula aórtica, sin necesidad de suturas– el desarrollo de la cirugía robótica y mínimamente invasiva, entre otras.

El principio de la autonomía, como uno de los fundamentos del consentimiento informado (decisión o aceptación informada es la expresión más recomendada por los expertos, aunque puede tener igualmente múltiples definiciones), se basa en el precepto jurídico de que el sujeto adulto, en plena posesión de sus facultades mentales y en conocimiento de la información necesaria, es el único que tiene el derecho a decidir libre y soberanamente sobre aquellos aspectos que interesan a su propia salud, desarrollo y bienestar. La autonomía puede entonces también ser definida como el derecho del ciudadano a la autodeterminación. Esta es ejercida a plenitud solamente cuando se cumplen las siguientes premisas: el individuo posee la competencia y capacidad intelectual para comprender, la información le es entregada en forma adecuada y oportuna, y las opciones son tomadas en forma libre y voluntaria. Estos tres elementos constituyen los pilares de todas las definiciones de este proceso.

La relación médico-paciente es en sí asimétrica, ya que el enfermo, por su padecimiento y debido a las limitaciones informativas, se encuentra en estado de vulnerabilidad frente al facultativo, y corresponde a este último protegerlo y ofrecerle alternativas de solución a su mal. Esas opciones deben ser aprobadas en común, luego de que el individuo reciba la información relacionada con las

diferentes posibilidades con las que cuenta, los costos de cada intervención, las ventajas, las desventajas y los riesgos. En todo caso, corresponde a los profesionales una porción sensible en la relación médico-paciente: la protección al individuo.

La elevada carga asistencial, la falta de tiempo y, sobre todo, la asimetría tradicional entre el facultativo –que suele seguir un paradigma indicativo –y el paciente –históricamente pasivo–, son las principales barreras que bloquean una buena comunicación y el adecuado desenvolvimiento ético de la relación médico-paciente y, por consiguiente, favorecen el modo de actuar paternalista.<sup>4</sup> Es frecuente que los médicos se excusen tras un papel firmado, que en algunos países es obtenido por la secretaria o el personal administrativo del servicio de Admisión. Es necesario estar conscientes de que este consentimiento forma parte del acto médico, la relación médico-paciente es su principal basamento y, en consecuencia, debe ser obtenido por el médico tratante, que aunque en ocasiones sea el que menos tiempo comparte con su paciente, es el que asume la mayor responsabilidad profesional y legal ante este, su familia y la sociedad. Se podría preguntar entonces: ¿quién es el médico tratante en el caso que nos ocupa? Por supuesto que los cirujanos cardiovasculares. Aquí surge la primera coyuntura controversial en la solicitud del consentimiento informado del Cardiocentro «Ernesto Guevara», la cual es firmada por el paciente a solicitud del médico que le realiza la historia clínica el primer día de su ingreso, cuando ni siquiera ha sido programada su cirugía y, por tanto, no se ha decidido quién será su cirujano, ni se le ha ofrecido toda la explicación que precisa con respecto a su enfermedad y los procedimientos anestésicos o invasivos de otro tipo a los que será sometido, para que pueda hacer uso de su autonomía y asistir al salón de operaciones o de procedimientos diagnósticos con un asentimiento totalmente informado.<sup>5</sup>

El propósito más importante del consentimiento informado es que obliga a una interacción basada en la información, lo que fomenta la confianza del paciente en su médico y calma la angustia y el temor, tanto de él como de su núcleo familiar, generalmente provocados por la desinformación, los prejuicios y la ignorancia.

En la práctica diaria, el consentimiento informado puede ser frecuente y erróneamente visto solamente como una firma del paciente, más que como un complejo proceso deliberativo entre este y su médico.

Como ya se ha señalado, los residentes de especialidades quirúrgicas raramente reciben un entrenamiento formal sobre el consentimiento informado, de modo que los jóvenes cirujanos pueden carecer de un adecuado entendimiento de cómo acompañar a los pacientes en este importante proceso. Estos galenos merecen la oportunidad de aprender el arte de obtener un consentimiento informado en el escenario clínico, y deben ser sumamente cuidadosos para no descartar o modificar este procedimiento por razones de tiempo o de otra índole. Esto es extremadamente importante, si tenemos en cuenta que es precisamente el factor tiempo uno de los que más se adolece en la práctica moderna de la cirugía (y ocasiona una merma considerable en la calidad de la relación médico-paciente); esto ha llevado a que, como ha ocurrido en el Cardiocentro «Ernesto Guevara», la información del paciente y la obtención de su consentimiento quede en manos, en ocasiones, de personal inadecuado y muchas veces no calificado; ello puede conducir a que el paciente, en ocasiones, reciba explicaciones equivocadas, se le comuniquen elementos que no conciba como importantes, o le sea omitida deliberada o accidentalmente información extremadamente crítica.<sup>6,7</sup>

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: abarca no solo el perjuicio que pueda ocasionarse en el momento en que se informa al paciente, sino también el riesgo vinculado al procedimiento y, por tanto, el médico debe tener una formación teórica y una práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, e investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, o alternativas menos invasivas y más exactas que superen las ya existentes, con objeto de que sean menos dolorosas y lesivas para los pacientes, y ofrezcan los mismos resultados.<sup>8</sup> Quizás nunca se esté lo suficientemente preparado para responder todas las interrogantes de un paciente, cuando le solicitamos su consentimiento para una cirugía del corazón.

La firma de un consentimiento informado no exime al médico de responsabilidad por mala praxis; sin embargo, su deficiente aplicación puede debilitar la defensa en una acusación sobre negligencia en un procedimiento, por lo demás defendible.<sup>9</sup> El médico que no informa será responsable de los daños debidos a los procedimientos, aunque no exista mala práctica

profesional. El consentimiento informado puede perder su función protectora en el ámbito médico-legal, si no se realiza de forma adecuada.

En el caso que nos ocupa, resulta evidente comprender que es el especialista que realizará la cirugía el más capacitado para acometer esta función, y cuando, por cualquier razón, se pone en manos de otro profesional, se viola flagrantemente este importante procedimiento. En la práctica de la medicina, la experiencia siempre posee un papel importante. Los cirujanos más avezados son capaces de predecir, con cierta exactitud, qué pacientes serán los más proclives a desarrollar un curso trans- y postoperatorio un tanto diferente de la media –dicho de otro modo, más complicado– y, por tanto, la información a brindar, que siempre será adaptada en dependencia de las necesidades del paciente, deberá quizás ser más precisa en estos individuos. Esto no quiere decir que, en algunos casos lo que se haya previsto en el preoperatorio luego no ocurra. Por tanto, para que esta situación no depare un consentimiento informado deficiente –porque de manera no intencional se le oculte al paciente un riesgo no común a su situación clínica específica y que podría modificar su apreciación o aceptación hacia la operación–, siempre debe plantearse la posibilidad de que en la cirugía cardiovascular cualquier complicación puede ocurrir, incluida la muerte.

Esta última conducta puede ser criticable por algunos colegios médicos, pero no debe olvidarse que el acto de informar es parte inseparable de la relación médico-paciente y, por tanto, dependerá de características muy particulares de uno y otro miembro de este binomio. Así, el médico puede determinar qué información es la adecuada para el paciente con el que está interactuando. Hay información que puede resultar no solamente innecesaria, sino hasta indeseable, pero sigue pendiendo sobre el médico la espada ética de Damocles, que dicta que para que el acto de consentir sea una manifestación de autonomía, es necesario que el paciente conozca, comprenda y aprecie su enfermedad, las alternativas terapéuticas y los riesgos que estas implican.<sup>10</sup>

El consentimiento informado no puede ser realizado técnicamente sin satisfacer los elementos esenciales del componente «informado». Esto, desafortunadamente, sucede a menudo cuando los enfermos consienten en que se le realicen procedimientos o intervenciones sin ser correctamente informados. Hacer que el paciente simplemente firme un formulario de consentimiento informado para satisfacer un requerimiento legal, no significa necesariamente que entienda los objetivos de la atención o que esas metas estén alineadas con sus valores e intereses. Tampoco debe confundirse el término «autorización» con «consentimiento».

Debe diferenciarse el consentimiento informado, de la autorización que tradicionalmente se utiliza en el ámbito médico, ya que esta es solo la suscripción del documento que permite realizar el acto quirúrgico, sin requerir que el paciente se encuentre plenamente informado sobre las alternativas diagnósticas, terapéuticas, posibles riesgos, complicaciones, entre otras.

Aunque el consentimiento escrito es una parte habitual y necesaria en este proceso, los cirujanos no deberían enfocarse excesivamente sobre este documento e ignorar toda la fase previa. Los elementos esenciales de la revelación de la información deben ser realizados antes de que el paciente firme la planilla de consentimiento, pero como ya se ha explicado, no siempre se cumple con esta cronología. Está permitido que la firma real sea obtenida por residentes, médicos asistentes u otro personal debidamente entrenado, después de que el cirujano haya informado adecuadamente al paciente; pero es generalmente preferible que ambos componentes del consentimiento informado sean realizados en conjunto. Además, aunque el proceso idealmente debería ocurrir durante una visita clínica preoperatoria, para permitir un tiempo adecuado para preguntas, el cirujano debería también ver al paciente y confirmar su consentimiento el día de la operación, lo que tampoco se realiza en todos los centros, y se reserva para ese día solamente una última explicación a la familia.

La firma del formulario de consentimiento informado sella un contrato entre el paciente y el médico al cual le está confiando su salud. El primero, haciendo uso de los derechos que le asiste, rubrica su aprobación para ser tratado con justicia y dignidad por un profesional que debe haberse ganado para entonces su total confianza y estima. A algunos podrán parecerle cuestiones insignificantes, pero a la hora de poner la vida en manos de alguien, se desea, al menos, haber tenido la oportunidad de estrechar esa mano.

Dada la naturaleza de los procesos biológicos, no existe en Medicina ningún elemento de diagnóstico o de terapia que pueda ser acometido con el 100 % de infalibilidad, independientemente de la experiencia o renombre del hospital o personal que lo realiza. Siempre

existirá la posibilidad de error o daño, aun con el procedimiento más sencillo. Por este motivo, lo que realmente se establece en el trato contractual del consentimiento informado es que el médico y su equipo de salud se comprometen a poner al servicio del paciente todo su saber, experiencia y criterio, sumado a la mejor tecnología disponible para brindarle las máximas probabilidades de éxito en el diagnóstico o en la terapia. Sin embargo, el enfermo debe conocer los muchos factores que pueden influir negativamente en los resultados de su atención, y que la creencia y la fe ciega en sus médicos no marcan la diferencia cuando las cosas comienzan a salir mal en el quirófano.

El médico tiene la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. El compromiso de los profesionales de la salud es de medios y no de resultados, es decir: ellos tienen el deber moral y legal de prestar la debida atención médica, pero no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Esto obviamente responde al carácter de ciencia no exacta de la medicina.

No se conocen en Cuba demandas judiciales establecidas por la violación de este precepto. Esto no significa que se respete siempre la práctica supuestamente habitual de recabar el consentimiento informado en todos los casos que lo requieran. El consentimiento informado, lejos de omitirse por las bonanzas que ofrezca determinado sistema de salud, debe constituir una obligación y un presupuesto esencial en la relación médico-paciente. No puede ser enfocado como un procedimiento aplicable únicamente cuando se interviene quirúrgicamente a una persona, o cuando se realizan ensayos clínicos; es un proceso que comienza al inicio de la relación sanitaria, que culmina con el alta del paciente y que incluye las investigaciones científicas, los tratamientos médicos, las pruebas diagnósticas, los cuidados de enfermería, así como la atención en el domicilio, por lo que se encuentra presente en todos los aspectos concernientes al tratamiento y cuidado de la salud de las personas.

El cirujano cardiovascular, responsable de una intervención considerada de las más complicadas en el campo de la medicina moderna, forma parte de un equipo multidisciplinario, compuesto además por otros cirujanos, anestesiólogos, perfusionistas, enfermeros; pero es él el máximo responsable por los resultados del acto quirúrgico, y debe ser consciente de que el proceso de curación no termina con la cirugía, sino que esta es solo una parte del largo proceso de sanación que requerirán invariablemente sus pacientes. El mayor conocimiento acerca de todos los aspectos que rodean este momento se convertirá en el mejor aliado del cirujano, en la batalla común que está a punto de comenzar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mallardi V. The origin of informed consent. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2005;25(5):312-27.
2. Pellegrini V, Ferreres A. Surgical Ethics Symposium: Ethical Dilemmas in Surgical Practice. *World J Surg.* 2014;38:1565-6.
3. Vallongo Menéndez MB. Consentimiento informado. ¿Un derecho?... ¿Un deber?... *Rev Cubana Anestesiología Reanimación* [internet]. 2012 mayo-ago. [citado 25 ene. 2016];11(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182012000200007&lng=es&nrm=iso&tln=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000200007&lng=es&nrm=iso&tln=es)
4. Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez K. Paternalismo médico. *Rev Méd Electrón* [internet]. 2013 mar.-abr. [citado 25 ene. 2016];35(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000200006&lng=es&nrm=iso&tln=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200006&lng=es&nrm=iso&tln=es)
5. Bravo Escudero E. Los límites de la autonomía del paciente. *Autonomía o paternalismo. Debática.* 2012;1(2):345-9.
6. Giampieri M. Communication and informed consent in elderly people. Expert opinion paper (literature review). *Minerva Anestesiología.* 2011;77:1-2.
7. Oppliger W, Bascuñán M. Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. *Rev Chil Pediatr.* 2011;82(3):204-10.
8. Oliva Linares JE, Bosch Salado C, Carballo Martínez R, Fernández-Britto Rodríguez JE. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cubana Invest Bioméd* [internet]. 2001 abr.-jun. [citado 30 jun. 2016];20(2):[aprox. 9 p.].

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002001000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000200011&lng=es)

9. Lugones Botell M, Pichs García LA, García Hernández M. Consentimiento informado. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2005 sep.-dic. [citado 20 ene. 2016];21(5-6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000500019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. Martínez García G, Rodríguez Pérez NL. Implicaciones éticas y jurídicas de los procedimientos invasivos en Cardiología. Rev Cubana Med Mil [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 20 ene. 2016];41(3):[aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Recibido: 23 de marzo de 2017

Aprobado: 22 de junio de 2017

*Yoandy López de la Cruz*. Hospital Universitario Cardiocentro Ernesto Guevara. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [yoandylic@infomed.sld.cu](mailto:yoandylic@infomed.sld.cu)