

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO / HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Knowledge and Application of the Informed Consent in the patients of the University Hospital/ Maternal-Child Hospital.

Rosa Fabiola Guardado Williams,¹ Claudia Suyapa Guardado Williams,¹ Miriam Paola Valle Aguilar,¹
Aleydi Gómez Campos,¹ José Padilla,¹ Carlos Alejandro Cruz Nelson,¹ Edna Maradiaga.²

¹Médicos Generales

²MD, Maestría en Salud Pública, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa Honduras

RESUMEN. Antecedentes: En Honduras el Consentimiento Informado (CI) no ha sido objeto de estudio ni de publicación. **Objetivo:** Establecer el grado de conocimiento sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad y la aplicación del consentimiento informado en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología del Hospital Escuela Universitario (HEU)/Hospital Materno Infantil (HMI) Tegucigalpa en el período de marzo-mayo 2015. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La muestra fue 252 pacientes ingresados en las salas de los 4 servicios básicos (63 pacientes por servicio). Utilizando un muestreo no probabilístico. Los datos se recolectaron a través de una entrevista que constó de cuatro secciones: datos generales, conocimiento sobre su enfermedad, personal que le informó y aplicación del consentimiento informado. Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto. Los datos se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. Se aplicó el CI a los participantes mayores de 18 años y el asentimiento informado a los mayores de 7 años, se guardó la confidencialidad de la información. **Resultados:** El 48% (120/252) de los pacientes tenía un grado de conocimiento insuficiente sobre su enfermedad. El Consentimiento Informado se aplicó en el 34% (86/252) de los pacientes entrevistados. El servicio que más aplicó el Consentimiento Informado fue Ginecología, ya que lo aplicó en el 62% (39/63) de sus pacientes. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes tienen un grado de conocimiento insuficiente sobre su enfermedad. El porcentaje de aplicación del Consentimiento Informado por el personal de salud es bajo.

Palabras Clave: Consentimiento Informado, Enfermedad, Bioética.

INTRODUCCIÓN

El personal de salud tiene responsabilidad en la atención y prestación de los servicios de salud. Debido a los grandes retos que plantea la relación médico-paciente- instituciones, es pertinente la implementación de principios éticos.^{1,2}

Hasta finales del siglo XIX los médicos eran no punibles y solo en algunos casos aislados tenían que presentar cuentas por sus prácticas médicas, ya que prevalecía el principio de beneficencia sobre el de autonomía, en donde al paciente se le inculcaba la confianza plena en el médico. Esto condujo al engaño "benévolo" por parte del galeno, el cual se basaba en la idea de que cualquier información que pudiera afectar negativamente la salud del paciente debía ser retenida o enmascarada.³ A lo largo de la historia prevaleció el paternalismo médico llevando esto a cometer atrocidades en contra de los pacientes.

Por lo cual, surgió la necesidad de crear códigos y leyes para la protección de las personas, entre ellos Código de Nür-

emberg, Declaración de los Derechos Humanos, Declaración de Helsinki e Informe Belmont.⁴⁻⁶

A principios de la década de los 70 surge por primera vez el término bioética. Posteriormente en 1979 Tom Beauchamp y James Childress profesores de la Universidad de Georgetown, publicaron la primera edición de Principios de Ética Biomédica. Los cuatro principios se formularon así: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.⁷⁻⁹ De los cuatro principios formulados, la autonomía tiene un paradigma básico y es el denominado "consentimiento informado" (CI).

El consentimiento informado fue utilizado por primera vez en el Estado de California (EEUU) en 1957, en el caso Salgo contra Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees. El consentimiento informado implica que el médico está obligado a obtener la aprobación del enfermo y además, a informar adecuadamente al paciente antes de que proceda a tomar una decisión.¹⁰ Por lo que se han creado formatos que detallan los parámetros según los que deben regirse las instituciones de salud al momento de crear las hojas de consentimiento informado que deben ser aplicadas a los pacientes,¹¹ ya que se han encontrado formatos de CI que no cumplen con los requerimientos necesarios.¹² Se debe tomar en cuenta que el consentimiento informado no es una acción aislada destinada a lograr que el paciente

Recibido para publicación el 05/2016, aceptado el 06/2016

Dirección para correspondencia: Dra. Rosa Fabiola Guardado Williams;
Correo electrónico: mpva_0725@hotmail.com

Conflicto de interés. Los autores declaramos no poseer conflictos de interés en relación a este artículo.

firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un tratamiento o investigación, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los tres niveles de atención. No se utilizará terminología médica a menos que sea imprescindible, en caso de ser necesaria, el investigador deberá explicarle al sujeto su significado.¹³

Los tres componentes que dan validez al CI son:

- 1) La capacidad o competencia de la persona para adoptar decisiones responsables;
- 2) La voluntariedad o libertad de coacciones externas o internas y
- 3) La información sustantiva o necesaria para que el paciente pueda decidir.

Un CI válido protege la autonomía que tiene cada individuo.¹⁴

Los niños y niñas también han sido incluidos en la toma de decisiones y es por ello que surge el Asentimiento Informado, el cual puede ser puesto en práctica según varios autores a partir de los 6 o 7 años de edad ya que se considera que a partir de este período están en la capacidad de comprender los procesos biológicos o de reflexionar sobre su identidad.¹⁵

En Honduras, el consentimiento informado es avalado por el Código de Ética del Colegio Médico en sus artículos 26, 30, 31, 32, 33 del capítulo VIII. Así como también existen sanciones si hay incumplimiento del mismo.^{16,17} Sin embargo en nuestro país no existen aún investigaciones que estén relacionadas con el conocimiento que tienen los pacientes acerca de su enfermedad así como de la aplicación del consentimiento informado por parte del personal de salud que labora en los principales centros asistenciales del país. Y es por esta razón que se decidió realizar el siguiente estudio en aras de aportar información valiosa y que esta sea utilizada con fines de mejorar las prácticas médicas en nuestros servicios de salud, ya que el consentimiento informado más que un deber del médico es un derecho del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en los meses de marzo-mayo del año 2015, en pacientes ingresados en las salas de los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología en el Hospital Escuela Universitario y Hospital Materno Infantil.

El universo constó de 688 pacientes ingresados en las salas antes mencionadas. Se realizó un muestreo no probabilístico. Se utilizó una muestra de 252 pacientes con un margen de error de 5%, nivel de confianza de 95% y se sumó un 10% por posibles pérdidas. De 6 salas del servicio de medicina interna (medicina C de mujeres, medicina C de hombres, medicina B de mujeres, medicina B de hombres, medicina A de mujeres, medicina A de hombres) se tomaron 12 pacientes por sala. De 5 salas del servicio de Cirugía (urgencias quirúrgicas mujeres, urgencias quirúrgicas hombres, gastrocirugía, urología, cirugía B de hombres) se tomaron 14 pacientes por sala.

De 6 salas del servicio de Pediatría (cirugía pediátrica, neurocirugía, ortopedia, medicina pediátrica, nutrición, lactantes) se tomaron 12 pacientes por sala.

De 3 salas del servicio de Ginecología (séptico, ginecología, patológico) se tomaron 23 pacientes por sala.

La recolección de datos se hizo a través de un formulario, aplicado mediante entrevista, el cual estaba subdividido de la siguiente manera: sección I datos generales, sección II conocimiento, sección III personal que le informó, sección IV aplicación del consentimiento informado. Constituido en su mayoría por preguntas dicotómicas cerradas. Las entrevistas fueron realizadas por médicos en servicio social.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados en las salas de estudio, conscientes y mentalmente íntegros o a sus familiares directos o representantes legales cuando fuesen menores de edad; estuvieran inconscientes o con deterioro de sus facultades mentales. A los pacientes pediátricos mayores de 7 años se les solicitó un asentimiento informado el cual se realizó bajo la aceptación del encargado legal del paciente.

La validación del instrumento se realizó mediante la aplicación de 12 formularios (3 por servicio) en forma de entrevista. Al cual se le aplicó las correcciones pertinentes.

La tabulación de los datos se realizó con el programa Epi. Info versión 3.5.4. Se utilizó la prueba de significancia Chi cuadrado. Los datos se presentaron en forma de frecuencias y porcentajes. Se categorizó el grado de conocimiento que tienen los pacientes ingresados en HEU/HMI sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en: Deficiente, Insuficiente, Aceptable y Bueno. Tomando en cuenta 16 preguntas de la encuesta en pacientes que se les había realizado algún procedimiento (quirúrgico o intervencionista). Y se tomaron en cuenta 12 preguntas de la encuesta en pacientes cuyo tratamiento era solo farmacológico.

De los pacientes a los que se les realizó algún procedimiento, se determinó como grado de conocimiento:

Deficiente si contestaron de 0-4 preguntas afirmativas,
Insuficiente: si contestaron de 5-8 preguntas afirmativas,
Aceptable: si contestaron de 9-12 preguntas afirmativas,
Bueno: si contestaron de 13-16 preguntas afirmativas.

De los pacientes que recibían tratamiento farmacológico, se determinó como grado de conocimiento:

Deficiente si contestaron de 0-3 preguntas afirmativas,
Insuficiente: si contestaron de 4-6 preguntas afirmativas,
Aceptable: si contestaron de 7-9 preguntas afirmativas,
Bueno: si contestaron de 10-12 preguntas afirmativas.

RESULTADOS

En relación a los datos sociodemográficos en este estudio se encontró que de los 252 pacientes del HEU/HMI; 50.8% (128/252) tenían una edad comprendida entre 19 – 50 años, 60.3% (152/252) eran del sexo femenino, 63.5% (160/252) tenían un nivel de escolaridad < de 6 años. (Cuadro. 1)

En relación al conocimiento de su enfermedad se encontró que 68.3 % (172/252) de los pacientes entrevistados sabían el

nombre de su enfermedad, y 35.3% (89/252) de los pacientes sabían en qué consistía su enfermedad. El 88% de los pacientes entrevistados (222/252) no sabían que es el Consentimiento Informado y el 12% (30/252) si sabían que es consentimiento informado.

En cuanto a la información que recibieron los pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento, sólo 187 de 252 refirieron haber recibido dicha información en el Hospital. La mayoría de los pacientes no tenía conocimiento sobre las conductas agravantes ni las complicaciones de su enfermedad, ya que el 69.4% y el 71.8% lo desconocían respectivamente. Otro aspecto que resultó desconocido por parte de los pacientes entrevistados fue sobre si el tratamiento que estaban recibiendo tenía algún efecto no deseado, ya que el 92.1 % no lo sa-

bía. Respecto a la información que recibieron los pacientes: el 50% (93/187) la obtuvo por el especialista, 26% (49/187) por el residente, 16% (31/187) por un estudiante, el 6% (11/187) por enfermera, 1% (2/187) por la familia y 1 % (1/187) por otro paciente. En cuanto al lenguaje utilizado en la aplicación del consentimiento informado, de los 187 pacientes que afirmaron haber recibido información en el Hospital, al 98.4% (184/187) se le brindó de manera verbal y al 1.6% (3/187) de forma escrita. El 72.7% (136/187) de los pacientes que recibieron información entendió lo que se le explicó.

En el cuadro 2 se muestra la distribución del grado de conocimiento que tenían los pacientes sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. El grado de conocimiento insuficiente fue el más frecuente con un 48%, y solo el 8% de los pacientes tenían un grado de conocimiento bueno.

La relación entre grado de conocimiento y la escolaridad se muestra en el cuadro 3. De los pacientes con educación superior el 28% tenía un grado de conocimiento bueno, y el 11% tenía un grado de conocimiento deficiente.

De los pacientes con educación secundaria completa el 43% tenía un conocimiento insuficiente, y el 7% tenía conocimiento deficiente.

En cuanto a la aplicación del consentimiento informado al 34%(86/252) de los pacientes entrevistados se les aplicó el

Cuadro 1. Distribución de pacientes entrevistados de acuerdo a características sociodemográficas, HEU, marzo-mayo 2015, n= 252.

Características Sociodemográficas	n (%)
Edad (años)	
<18	67 (26.6)
19-50	128 (50.8)
51-83	54 (21.4)
≥84	3 (1.2)
Sexo	
Femenino	152 (60.3)
Masculino	100 (39.7)
Nivel de escolaridad (años)	
<6	160 (63.5)
>6	92 (36.5)
Servicio	
Medicina interna	63 (25)
Pediatría	63 (25)
Cirugía	63 (25)
Ginecología	63 (25)

Cuadro 2. Distribución del grado de conocimiento sobre su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, y concepto de CI en pacientes ingresados en el HEU, Tegucigalpa, marzo-mayo 2015 n=252

	Grado de conocimiento de los pacientes ingresados	
	Total	Porcentaje
Deficiente	46	18
Insuficiente	120	48
Aceptable	66	26
Bueno	20	8
Total	252	100

Cuadro 3. Distribución de grado de conocimiento según escolaridad de pacientes ingresados en el HEU, Tegucigalpa, marzo-mayo 2015 n=252 (p= 0.06756)

	ESCOLARIDAD Y GRADO DE CONOCIMIENTO								
	Deficiente	%	insuficiente	%	Aceptable	%	Bueno	%	Total
Analfabeta	9	29	18	58	4	13	0	0	31
Primaria incompleta	16	23	38	54	16	22	1	1	71
Primaria completa	12	21	26	46	18	31	1	2	57
Secundaria incompleta	4	13	16	52	9	29	2	6	31
Secundaria completa	3	7	19	43	11	25	11	25	44
Educación superior	2	11	3	17	8	44	5	28	18
	46		120		66		20		252

Secundaria completa/deficiente: P:0.0515724

Secundaria completa/Bueno: P: 0.000727

Educación superior/deficiente: P: .3270441 P: 0. 5408570

Educación superior/Bueno: P:0.0082473

consentimiento informado y al 66% (166/252) no se les aplicó. (Figura 1)

Concerniente al tipo de tratamiento recibido, el 60.3% (152/252) de los pacientes refirieron que este implicaba algún tipo de intervención (Figura 2), y de éstos el 77.6% (118/152) firmó autorización quirúrgica y el 16.4% (25/152) refirieron que no firmaron autorización quirúrgica.

Sin embargo de los que firmaron autorización quirúrgica solo el 22% (26/118) refirieron que leyeron la autorización y el 78% (92/118) dijeron que no leyeron la autorización que firman.

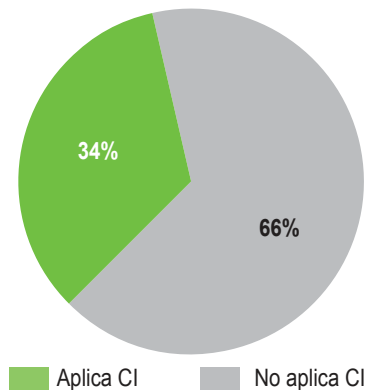


Figura 1. Distribución de la Aplicación de CI a pacientes ingresados en el HEU, Tegucigalpa, marzo-mayo 2015 n=252.

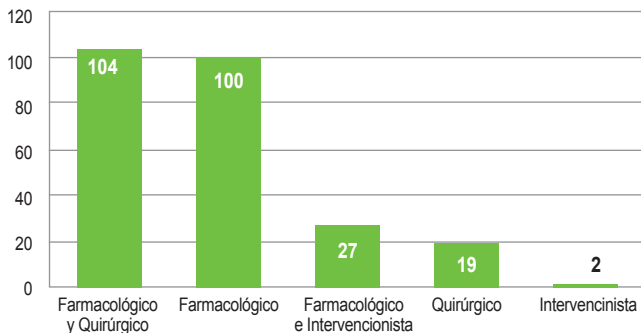


Figura 2. Distribución del tipo de tratamiento brindado a pacientes ingresados en el HEU, Tegucigalpa, marzo-mayo 2015 n=252

DISCUSIÓN

El consentimiento informado implica entre otras cosas que el médico informe claramente al paciente sobre su enfermedad, así como los métodos diagnósticos y terapéuticos pertinentes.¹⁸ Sin embargo en la práctica médica esto sigue siendo un problema. En Honduras el consentimiento informado no ha sido objeto de estudio, ni de publicación.

En este estudio se encontró que el CI se aplicó al 34% (86/252) de los pacientes entrevistados y no se aplicó al 66%(166/252). El servicio que más aplicó el consentimiento informado fue Ginecología con un 62% (39/63), luego Medicina Interna con 32% (20/63), Pediatría 29% (18/63) y Cirugía 14% (9/63). Esto se debe probablemente a que los pacientes en el área de cirugía, muchas veces llegan solos, sin familiares o tienen un nivel de conciencia bajo o en otros casos por ser cirugías de extrema urgencia.

Contrario a lo encontrado en un estudio realizado en un Hospital general de Nuevo León, México (2014) en el cual, el servicio que tenía mayor número de CI completos fue Pediatría (76%) seguido de Cirugía General (49%) y por último Medicina Interna con 42%.¹⁸ En cuanto al grado de conocimiento sobre su enfermedad, encontrado en los pacientes del HEU/HMI, el 48% (120/252) tenía grado de conocimiento insuficiente y 8% (20/252) tenía un grado de conocimiento bueno. Similar a lo reportado por Cabrales y cols (2012), que realizaron un estudio en un hospital de Pereira, Colombia, obteniendo como resultado que más de la mitad de los pacientes (51,8 %) se ubicaron en las categorías Deficiente o Insuficiente con respecto a la calidad de la información diligenciada.²⁰ Otro hallazgo de ese estudio en Colombia muestra que no existe relación entre las categorías del consentimiento informado (deficiente, insuficiente, aceptable y bueno) y las variables estado civil (X^2 : 14,128), ocupación (X^2 : 14,453), y escolaridad (X^2 : 11,082).²⁰ Similar a lo encontrado en los pacientes del HEU/HMI donde el 44% de los pacientes con educación superior (8 de 16) tienen un grado de conocimiento aceptable, sin embargo la relación entre dichas variables no es significativa ya que $p=0.06756$, sin embargo en otro estudio el mayor grado de desconocimiento sobre la enfermedad se asoció con el grupo de bajo nivel de estudios.¹⁹

En este estudio, el 74.2% de los pacientes afirmó haber recibido información en el Hospital sobre su diagnóstico y tratamiento, siendo el especialista, en un 50% la persona, que brindó la información al paciente, contrario a lo encontrado por Vizcaya y cols (México, 2014); 89% de los encuestados refirieron que los médicos al entregarles el CI, no les explicó nada o les explicó de manera insuficiente lo relevante a su padecimiento actual, procedimiento a realizarse, beneficios, riesgos, complicaciones y alternativas terapéuticas.¹⁸

De los pacientes que recibieron información sobre su enfermedad en el Hospital el 64.2% refirió que se les explicó con un lenguaje sencillo y el 35.8% mencionaron que se utilizó un lenguaje médico. Del total de pacientes a los que se les explicó con lenguaje sencillo, el 95% entendió lo que se les explicó. En cambio del total de pacientes en los que se utilizó lenguaje médico, solo el 8% entendió lo que se les explicó. Éstas dos variables son significativamente estadísticas ya que $p= 0.0000$. Por lo que es importante la capacitación de los profesionales de salud en todos los principios que rige la bioética en función de los pacientes que asisten a los centros hospitalarios, así mismo el médico debe emplear un lenguaje claro y sencillo al explicarle al paciente lo concerniente a su enfermedad, tomando en cuenta el ámbito socio-cultural del mismo.

Similar a lo ocurrido en un estudio sobre percepción sobre consentimiento informado en Bogotá Colombia donde los encuestados inconformes con la información recibida señalaron que el principal problema se centró en la falta de comprensión de lo dicho, igual se quejaron de la precisión y asertividad en el lenguaje de parte del profesional de salud.²¹

El 88% de los pacientes en el HEU/HMI desconocían qué es el consentimiento informado, similar a lo encontrado en un estudio sobre conocimiento del consentimiento informado en los pacientes que habían sido sometidos a algún proceder operatorio en un Hospital en Cuba (2013) en el que el 61.1% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente no tenían dominio del CI y reafirmaron que no se les había dado a conocer al respecto.²²

En cuanto a la firma del consentimiento informado en este estudio, el 16.4% de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos o intervencionistas refirieron que no firmaron autorización quirúrgica, contrario a lo encontrado por

Aranda y colaboradores en el estudio que realizaron en Argentina (2011) sobre la relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía, donde solo 1% firmó el consentimiento informado después del procedimiento.²³

Se considera que una fortaleza de este estudio fue que se aplicó en los 4 servicios básicos. En cuanto a las limitaciones, el instrumento fue insuficiente para indagar causas de datos encontrados.

El consentimiento informado tiene una pobre aplicación, sin embargo la causa no se le puede adjudicar a un solo factor, ya que esto podría ser influenciado por el exceso de pacientes que va cada día en aumento y el escaso personal médico obliga a que los galenos hagan visitas rápidas con sus pacientes, sin tener el tiempo suficiente para explicarle a cada uno sobre su enfermedad, aunado a esto el personal médico no percibe la necesidad del paciente de ser informado completamente.

Por lo que en base a los hallazgos encontrados se recomienda, al sistema público de salud: entrenar e incentivar al

personal médico sobre: la importancia de la aplicación del consentimiento informado, solicitar al paciente su autorización antes de realizarle cualquier procedimiento por mínimo que sea y utilizar un lenguaje acorde a las capacidades del paciente, al momento de brindarles información sobre su enfermedad.

Es de vital importancia el replanteamiento del uso del CI en los centros asistenciales de salud, ya que éste es un imperativo ético en la actualidad; es parte de la calidad de los servicios de salud y de la relación médico paciente así mismo se considera como una de las líneas prioritarias de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Investigación Científica (UIC) por sus aportes en la logística para la capacitación en el proceso de investigación.

Al Lic. David Naira Técnico en programación de UIC, por la aportación en la impresión del instrumento.

A la Directora y Jefes de Salas del Hospital Escuela Universitario/Hospital Materno Infantil por permitirnos acceder a dichas instalaciones y realizar la investigación.

Se le agradece y reconoce la participación a Luis Enrique Delcid, Médico en Servicio Social, por colaborar en la aplicación del instrumento y tabulación de datos.

A todos los pacientes y familiares que voluntariamente que participaron en el estudio.

ABREVIACIONES: Consentimiento Informado (CI), Hospital Escuela Universitario (HEU), Hospital Materno Infantil (HMI).

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES:

Concepción y diseño del estudio, recolección y tabulación de datos, revisión de bibliografía: Dra. Rosa Fabiola Guardado Williams, Dra. Claudia Suyapa Guardado Williams, Dra. Miriam Paola Valle Aguilar, Dra. Aleydi Gómez Campos, Dr. José Padilla, Dr. Carlos Alejandro Cruz Nelson.

Resultados, discusión y análisis de datos: Dra. Rosa Fabiola Guardado Williams, Dra. Claudia Suyapa Guardado Williams, Dra. Miriam Paola Valle Aguilar, Dra. Edna Maradiaga.

REFERENCIAS

1. León FJ. Ética y responsabilidad social de las instituciones en el sistema de salud chileno. Santiago de Chile: Repositorio UC. Universidad Pontificia de Chile [Internet] octubre 2012 [Citado 6 de marzo 2015]. 18pags. Disponible en: <http://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/1772/600865.pdf?sequence=1>
2. León FJ. De la bioética clínica a una bioética institucional y social. Santiago de Chile: Redalyc.org. [Internet] ene-jun, 2009; [Citado 6 marzo 2015]. 9 páginas. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020308005>.
3. Jonathan F. Will, JD. A Brief Historical and Theoretical Perspective on Patient Autonomy and Medical Decision Making Part I: The Beneficence Model [Internet]. CHEST 2011; 139(3):669-673. [Citado 6 marzo 2015] Disponible en <http://journal.publications.chestnet.org/collectio.aspx?categoryid=9186>
4. Tribunal Internacional de Nüremberg. Código de Nüremberg, en: MAINETTI JA. Ética médica. La Plata, Quirón [internet] 1989 [Citado 6 marzo 2015]. Disponible en <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
5. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. April 18, 1979 [Citado 8 marzo 2015] Disponible en http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf
6. Reveiz L, Saenz C. El registro de ensayos clínicos en el marco del consentimiento informado: aplicando la Declaración de Helsinki. Rev Med Hondur 2011(79) 216-217. [Citado 8 marzo de 2015] Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-4-2011-11.pdf>
7. Gómez PI. Principios Básicos de Bioética. Rev Per Ginecol Obstet. [Internet] 2009 [Citado 8 de marzo 2015]; 55:230-233. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf.
8. Siurana JC. Los Principios de la Bioética y el Surgimiento de una Bioética Intercultural. Veritas. 2010; 22:121-157. [Citado el 07 de marzo 2015]; 22:121-157. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
9. Alemany García M. El concepto y la justificación del paternalismo, capítulo V.L Beauchamp T, James F. Childress BG, Culver CM, Clouser KD, Buchanan A (Los autores del paternalismo médico). [Tesis de doctorado en internet]. Biblioteca virtual Miguel de Cervantes: Universidad de Alicante; 2005 [Citado 09 de marzo 2015] pag. 328-440. Disponible en http://www.archivochile.com/tesis/13_otros/13otros0013.pdf

10. Thompson J. Los Principios de Ética Biomédica. CCAP. [Revista en internet] Año 2005 [Citado 8 de marzo 2015]; Modulo 4:01-20. Disponible en: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0470.pdf>
11. Mendoza MA, Nava N, Escalante JM. Aspectos Éticos y Legales del Consentimiento Informado en la Práctica e Investigación Médica. *Gac Méd Méx* [revista en internet] 2003 [Citado 09 de marzo 2015]; Vol 139 No. 2:184-187. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032o.pdf>
12. Brehaut JC, Carroll K, Elwyn G, Saginur R, Kimmelman J, et al. Elements of informed consent and decision quality were poorly correlated in informed consent documents, *JCE* (2015), doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.03.002. [Citado el 12 de marzo 2015] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273400557_Elements_of_informed_consent_and_decision_quality_were_poorly_correlated_in_informed_consent_documents
13. Castellanos AML., López Fernández JM, Caballé Ferreiras M, García Alderete H. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. *Rev Cubana Estomatología* [Revista en Internet]. 2009 [Citado 07 de marzo 2015] 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507200900010000
14. León FJ. Información y consentimiento informado de menores de edad en Chile. *Rev Chil Pediatr.* 2012; 83 (2): 113-116. [Citado 9 de marzo 2015] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200001
15. Bustamante P, Boris J, Díaz G, Raisa. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Rev Colom de Bio* [revista en internet] 2013 [Citado 16 de marzo 2015] vol. 8, núm. 1:pp. 144-165. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189228429010.pdf>
16. Código de ética del Colegio Médico de Honduras [internet] 2005 [Citado 15 de marzo 2015]; (1) 5. Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/Postgrados/27_reglamento_codigo_etica.pdf
17. Compendio de leyes y reglamentos del Colegio Médico de Honduras 2005 [internet] 2005 [Citado 15 marzo 2015] disponible en: http://www.colegio-medico.hn/descargas/leyes_y_reglamentos/6_ley_estatuto_medico_empleado.pdf
18. Vizcaya D.M, Zúñiga F.A, Pérez P, Cobos H. Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* [Revista en internet] 2014 septiembre-octubre. [Citado 15 de marzo de 2015] 57(5); 5-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145b.pdf>
19. Barreiro M, Velasco E, Renilla A, Torres F, Martí'n M. y de la Hera J. Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardiaca entre los pacientes hospitalizados. *Rev Esp Cardiol* [revista en Internet] 2013[Citado 09 de marzo del 2015]; 66(3):220-230. Disponible en: http://pdf.revvespcardiolo.org/watermark/ctlServlet?_f=10&pidet_articulo=90192326&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=86&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiolo.org&lan=es&fichero=25v66n03a90192326pdf001.pdf
20. Cabrales RA, Calvachi JV, Foronda JE, Giraldo DL, Jojoa JA, Mendoza VP et al . ¿Quién se informa con el consentimiento informado? *Rev. salud pública* [revista en la Internet]. 2012 Jun [Citado Marzo de 2006] 14(3): 502-511. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642012000300013&lng=es.
21. Escobar MT, Carrera CA. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. *Rev. latinoam.bioet.* 2015; (15): 14-25. [Citado el 10 julio de 2015] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v15n1/v15n1a02.pdf>
22. Castillo V, Hernández P, Correa M, Quintana E. Conocimiento del consentimiento informado en servicios quirúrgicos. *Rev. Ciencias Médicas* 2013; 17(1):26-35. [Citado 10 Julio 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100004
23. Eliana E. Aranda, Patricia J.Günter, Nelson M. Acuña, Pablo M. Aguirre R D'Angelo. La relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 2011; (206). [Citado el 10 de julio de 2016] Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista206/1_206.pdf

ABSTRACT. Background: In Honduras the Informed Consent (IC) hasn't been subject of study or publication. **Objective:** To establish the level of knowledge about the diagnostic, treatment and prognosis of their disease and the application of the Consent Informed in the patients admitted in the services of Internal Medicine, Pediatrics, Surgery and Gynecology of the University Hospital/ Maternal-Child Hospital Tegucigalpa, during the period March-May 2015. **Method:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study. The selected sample consisted of 252 patients admitted in the four basic services (63 patients per service). Using a non-probabilistic sample. The data was recollected through a survey which consisted in 4 sections: general data, knowledge of their disease, person who informed and the application of the informed consent. To validate the instrument a pilot test was performed. The results are presented in frequency and percentage of the studied variables. The IC was applied to participants over 18 years und the informed assent those over seven years, the confidentiality of the information was protected. **Results:** 48% (120-252) of the subjects studied had an insufficient level of knowledge about their disease. The Informed Consent was applied to 34% (86/252) of the subjects studied. The service that applied the most informed consent was Gynecology, they applied it to 62% (39/63) of the subjects studied. **Conclusions:** The majority of the subjects studied had an insufficient level of knowledge of their disease. The percentage of the application of the informed consent by the health-care workers is low.

Keywords: Consent informed, Disease, Bioethics.