

GOOD PRACTICE: A GUIDE FOR NEUROSURGEONS

World Federation of Neurosurgical Societies

European Association of Neurosurgical Societies

Final Version: august 1998

M. Poza y Poza

ESTRUCTURA DE LA PÁGINA. (PAGE STRUCTURE).

CONTENIDOS

Composición de los Comités

- 1. Introducción.
 - 2. Estándares de vida personal y profesional.
 - 3. El deber del cuidado médico.
 - 4. Adquisición y mantenimiento de la competencia quirúrgica.
 - 5. Consentimientos sobre el tratamiento.
 - 5.1 Competencias de información.
 - 5.2 Operaciones en niños.
 - 5.3 Personas con deficiencias mentales o enfermedades psiquiátricas.
 - 5.4 Enfermos inconscientes o incapaces por razones médicas.
 - 5.5 Directrices anticipadas.
 - 5.6 Documentación de la información.
 - 6. Decisiones sobre no inicio o cese del tratamiento.
 - 7. Confidencialidad.
 - 8. La salud del neurocirujano.
 - 9. Racionalización y uso de recursos quirúrgicos.
 - 10. Introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, materiales o dispositivos.
 - 11. Transplante de tejido o de órganos.
 - 12. La ética y la investigación quirúrgica.
 - 13. Docencia y formación de Especialistas.
 - 13.1 Docencia de pregraduados.
 - 13.2 Formación de postgraduado.
 - 14. Anuncios y publicidad.
-

COMPOSICIÓN DE LOS COMITÉS

The Committee for Ethics & Legal Affairs of the WFNS

Poza, M. - Murcia, Spain (Chairman)

Ablin, G. - Bakersfield, USA

Ammar, A. - Alkhobar, Saudi Arabia

Benaim, J. - Buenos Aires, Argentina

Banerji, A K. - New Delhi, India

Fearnside, M R. - Westmead, Australia

Illingworth, R. - London (Chairman of Ethicolegal Committee of the EANS)

Mendoza Vega, J. - Santa Fe de Bogota, Columbia

Papo, I. - Ancona, Italy

Patterson, RH. - New York

Rabow, L. - Stockholm, Sweden

Velasco Suárez, M. - México D.F., México

Yoshimoto, T. - Sendai, Japan

Zhao, Y. - Beijing, Peoples Republic of China

The Ethicolegal Committee of the EANS

Mr R Illingworth - London, UK (Chairman and Editor)

Professor H Arnold - Lubeck, Germany

Dr D Anagnostopoulos - Athens, Greece

Dr P Bazso - Budapest. Hungary

Professor A Constantinovici - Bucaresti, Romania

" R Giuffre - Rome. Italy

" O Gatzl - Basel. Switzerland

" I Kojder - Szczecin. Poland

" F Lapierre - Poitiers. France

" B Meyerson - Stockholm. Sweden

" B Richling - Salzburg. Austria

" T Trojanowski - Lublin. Poland

Dr J Wall - London. UK

Agradecimientos

El Comité recibió un valioso asesoramiento de los siguientes expertos:

Dr D Dickenson, Leverhulme Senior Lecturer in Medical Ethics & Law, Imperial College of Science, Technology & Medicine, London, UK.

Dr CCS Farsides, Senior Lecturer in Medical Law & Ethics, Kings College, London, UK.

Mr C Ward, Consultant Plastic Surgeon and Honorary Senior Lecturer in Medical Ethics, Imperial College of Science, Technology & Medicine, London, UK.

Professor G M Teasdale, Institute of Neurological Sciences, University of Glasgow, UK on the Ethics of Surgical Research.

Professor Göran Hermerén. Prof. of Medical Ethics, University of Lund (Sweden).

Los comités agradecen la colaboración de las Sociedades neuroquirúrgicas afiliadas a la WFNS y EANS por su respuesta al borrador enviado en Mayo de 1997.

ORIENTACIONES ÉTICAS PARA UNA BUENA PRÁCTICA NEUROQUIRÚRGICA

1.- Introducción

La relación entre médico y enfermo está recogida por una serie de principios. En primer lugar, el derecho individual del enfermo para decidir sobre uno mismo. Después, para el médico es obligatorio no hacer nada que dañe al paciente y procurar, además, que el tratamiento le sea potencialmente beneficioso. En fin, existe la obligación social de utilizar los recursos médicos de forma racional.

En la práctica neuroquirúrgica, la observancia de estos principios puede originar problemas. En Neurocirugía, existe la posibilidad de que, aun lográndose los fines quirúrgicos propuestos, el paciente puede quedar con secuelas neurológicas o incluso muy incapacitado tras la operación. Además, los recursos, incluso de uso frecuente, son muy caros y, por tanto, deben utilizarse de forma equitativa y efectiva, de suerte que cubran las necesidades del mayor número posible de personas.

Esta guía, o serie de orientaciones éticas, ha sido elaborada por el Comité de Ética y Asuntos Legales de la WFNS (Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía) y por el Comité Ético-Legal de la EANS (Asociación Europea de Sociedades Neuroquirúrgicas), con el fin de ayudar a los neurocirujanos a resolver problemas concretos en las decisiones terapéuticas y también para cumplir con sus obligaciones respecto a la sociedad en general. Se intenta que sea un marco general para la práctica neuroquirúrgica más que una serie de normas casuísticas. Por supuesto, no puede dar respuesta a cada caso concreto y ha de interpretarse de una forma flexible.

Hay una serie de puntos que los Comités no han podido resolver del todo. Confiamos que esta Guía sirva de estímulo para debatir aquellos problemas éticos de mayor dificultad.

Muchos aspectos de la práctica médica están regulados por leyes, que pueden diferir según los países. En estos casos, se aconseja en el texto que se observe la normativa legal. La práctica neuroquirúrgica, las actitudes sociales y las leyes nacionales pueden cambiar con el tiempo. Por eso, este documento debe someterse a revisiones periódicas que reflejen dichos cambios.

2.- Estándares de vida personal y profesional

2.1.- Actuar con limpieza y sinceridad, tanto en la vida privada como en la profesional.

2.2.- No atribuirse méritos profesionales falsos o engañosos, en lo que se refiere a nombramientos, formación o experiencias especiales, incluidas habilidades quirúrgicas; u ocultar problemas de salud de relevancia profesional.

2.3.- Mantener una buena relación con pacientes, sus familiares, colegas médicos y con el resto del personal sanitario.

2.4.- Respetar la profesionalidad de otras personas involucradas en la asistencia médica y no competir por puro beneficio profesional y económico, en perjuicio de aquellos colegas o de los pacientes.

2.5.- Evitar la crítica injustificada a los colegas.

2.6.- No permitir nunca que el interés económico afecte al cuidado de los pacientes. El paciente debe conocer si existen intereses que vinculen al médico con la institución, servicio, equipo, instrumentos o medicación recomendada. No se deben aceptar incentivos materiales como compensación a tales recomendaciones ni se debe admitir una participación en honorarios, -o "dicotomía"-, para estimular la deriva de pacientes.

2.7.- Responder con prontitud y veracidad a las preguntas o a las reclamaciones sobre la práctica clínica, cuando provengan de personas que tienen autoridad para hacerlas.

2.8.- Colaborar con los abogados, a fin de ofrecer asistencia jurídica a las víctimas de imprudencia profesional médica. Los neurocirujanos requeridos para esta función deben ofrecer una opinión objetiva y real, basada en la evidencia clínica y en su experiencia, teniendo en cuenta el momento en que ocurrieron los hechos. Debe también tenerse en consideración la diversidad de opiniones, en algunas áreas de la práctica neuroquirúrgica.

3.- El deber del cuidado médico

3.1.- Los pacientes no deben ser objeto de discriminación por razón alguna.

3.2.- Es obligatorio hacer una valoración cuidadosa y competente del enfermo, con arreglo a las siguientes normas:

- Elaborar una historia adecuada del proceso.
- Realizar una exploración clínica cuidadosa.
- Solicitar las investigaciones complementarias apropiadas.

- Seguir la evolución clínica, con notas claras y precisas, incluyendo la descripción de las intervenciones quirúrgicas, reseñando los nombres de las personas que han participado de forma relevante en las mismas.
- Redactar un informe de alta y concertar las citas de revisión, si fueran pertinentes.

3.4.- Es nuestro deber procurar la mejor atención posible a los pacientes, con los medios disponibles. Si los recursos son tan limitados, o las circunstancias tan difíciles, que supongan un riesgo evitable para el enfermo, no deberíamos llevar a cabo el tratamiento si, razonablemente, existieran mejores alternativas. Estas circunstancias deberían comunicarse a la correspondiente autoridad sanitaria.

3.5.- Si un enfermo, por cualquier motivo, solicita una segunda opinión o pide ser tratado por otro médico, debemos aceptar tales peticiones sin demora y ofrecer al colega toda la documentación clínica disponible.

3.6.- Debemos tratar a los enfermos, aun a costa del sacrificio del propio interés personal. Por consiguiente, no es razón para rechazar el cuidado de un paciente el que su diagnóstico o tratamiento supongan un riesgo para la propia salud del neurocirujano.

3.7.- No puede dejar de aplicarse un tratamiento con el argumento de que el paciente ha contribuido a su proceso o enfermedad con sus acciones o su estilo de vida.

3.8.- Debemos tener presente el sentimiento de vulnerabilidad del enfermo.

3.9.- Debemos procurar confort a nuestros enfermos, y aliviar su dolor y sufrimiento, especialmente el de aquellos que estén cercanos a la muerte.

3.10.- Cuando haya que visitar o tratar enfermos en otros centros, deberíamos:

- Pedir el consentimiento del centro que vamos a visitar.
- Comprobar que la experiencia del personal y los recursos materiales del centro son los adecuados.
- Asegurar la continuidad de la atención médica en un nivel asistencial aceptable.
- Procurar no perturbar las normas vigentes en el centro en relación con la docencia, capacitación profesional y cuidados del enfermo.

3.11.- La complejidad de la Neurocirugía moderna es tal que exige compartir la atención del paciente con médicos de otras especialidades. Deberíamos evitar conflictos sobre decisiones terapéuticas y convendría que un solo equipo especialista asumiera la responsabilidad directa de la atención del enfermo.

3.12.- En tiempo de guerra deberíamos atender a todos los beligerantes y a las víctimas civiles de manera imparcial, sin otra prioridad que la basada en su estado clínico.

3.13.- Los prisioneros no deben sufrir discriminación. No deberíamos participar en acto alguno que implique tortura o cualquier otra modalidad de castigo, sea físico o psicológico.

3.14.- Deberíamos colaborar por todos los medios para mejorar la práctica de la Neurocirugía en todos los países del mundo.

4.- Adquisición y mantenimiento de la competencia quirúrgica

4.1.- Los neurocirujanos sólo deberían realizar aquellas intervenciones para las que tengan una formación y experiencia adecuada. Sólo en circunstancias excepcionales, cuando no esté presente otro neurocirujano más experimentado, y con el fin de salvar una vida o prevenir un déficit neurológico importante, podrán realizar intervenciones para las cuales no hayan recibido una formación pertinente. Deberíamos evitar llevar a cabo operaciones complejas con las que no estemos familiarizados, por ser procesos poco frecuentes. Debe estimularse la especialización dentro de la Neurocirugía.

4.2.- Deberíamos conservar y mejorar nuestra habilidad quirúrgica mediante una práctica regular, y con la actualización de los avances científicos, tanto quirúrgicos como los que se refieren a las neurociencias básicas y a los aspectos clínicos.

4.3.- Deberíamos someternos de forma regular a revisar nuestro trabajo mediante una auditoría realizada por otros colegas y estar dispuestos a modificar nuestra práctica, como consecuencia de sus sugerencias.

4.4.- Si creemos que la práctica de un colega supone un riesgo para los pacientes, tenemos la obligación de persuadirle para que cambie su forma de actuar. Si tal proceder falla, tenemos el deber de comunicar nuestra preocupación a la autoridad sanitaria competente.

5.- Consentimiento sobre el tratamiento

5.1.- Competencias de información.

Es un derecho básico de los adultos capacitados decidir lo que ha de hacerse con su persona. El proceso que se sigue para obtener la autorización del paciente, a fin de llevar a cabo la intervención quirúrgica, se fundamenta en la protección de los intereses del enfermo y no en los del neurocirujano.

5.1.1.- Hay que estar convencido de que el paciente cree, comprende y valora la información que se le proporciona y que toma las decisiones apropiadas sobre el tratamiento que se le ofrece. Se presume que los enfermos son competentes. Si hay alguna duda sobre su competencia, se debería solicitar la opinión de otros clínicos, incluido un psiquiatra si fuera preciso, o bien la de una persona de buen juicio y con experiencia, aunque fuera lega en la materia clínica. El problema debería discutirse con los familiares y su opinión debería tenerse en cuenta. La discusión y las distintas opiniones deberían reflejarse por escrito.

5.1.2.- Hay que dar una información al enfermo, en términos que le resulten comprensibles, explicándole la finalidad del tratamiento propuesto, los beneficios que se esperan y los riesgos generales y específicos que implican.

5.1.3.- Hay que tener en cuenta las circunstancias sociales del paciente, singularmente las familiares y las laborales.

5.1.4.- Informar a los pacientes sobre posibles tratamientos alternativos y ayudarles a tomar una decisión, dándoles una información objetiva de las ventajas e inconvenientes de cada tratamiento y ofreciéndoles un consejo.

5.1.5.- Recordar que la decisión del tratamiento corresponde al paciente y no debería estar influenciada por nuestras preferencias o por nuestro deseo de adquirir experiencia.

5.1.6.- Mantener buenas relaciones con los enfermos, escuchar y respetar sus puntos de vista y contestar a sus preguntas con sinceridad.

5.1.7.- Informar a los pacientes sobre las consecuencias previsibles, si rehusan al tratamiento que se les propone.

5.1.8.- Reconocer que el adulto capaz tiene el derecho de rechazar un tratamiento, aunque el mismo fuera decisivo para salvar su vida. Si esto ocurriera, puede ser aconsejable, con la autorización del enfermo, discutir la situación con los familiares más cercanos.

5.1.9.- Informar a los pacientes sobre la experiencia personal del cirujano y sobre sus resultados, si el paciente así se lo pidiera.

5.1.10.- La persona que informe al paciente con el fin de obtener el consentimiento para el tratamiento debe tener un conocimiento y una experiencia suficiente sobre el proceso; es preferible que sea el propio cirujano que vaya a llevar a cabo la operación.

5.1.11.- En el caso de un enfermo adulto capaz, no hay necesidad de informar a los familiares o a otras personas, a menos que el paciente lo pida o consienta en ello. Debe respetarse la confidencialidad del enfermo. Sin embargo, en muchos países es costumbre informar a los parientes más próximos sobre el estado del enfermo y sobre el tratamiento propuesto, práctica que resultaría especialmente aconsejable en aquellos casos en que hubiera riesgo de un déficit neurológico importante o incluso de muerte; así se puede ayudar a los familiares a aceptar la posibilidad de un pronóstico sombrío. Si no hay acuerdo entre el paciente y los familiares, debe prevalecer la decisión del enfermo.

5.2.- Intervenciones en la infancia.

5.2.1.- Cuando se trata de practicar una intervención quirúrgica a un menor de edad, debe pedirse el consentimiento a los padres o, en su defecto, a su representante legal. Si no hay

acuerdo entre los padres o familiares, y se dispone de tiempo, debe pedirse la autorización del juez.

5.2.2.- Los menores de edad capaces de entender las opciones de tratamiento deberían ser informados y consultados sobre el mismo, aunque no hayan alcanzado la mayoría de edad para otorgar el consentimiento.

5.2.3.- Los niños capaces de comprender la información sobre el tratamiento, pueden tener derecho a aceptarlo, aun cuando los padres no estén de acuerdo. Los padres no deberían tener derecho a impedir decisiones médicas, destinadas a salvar la vida del niño o prevenir graves daños o incapacidades permanentes. En ambos casos, conviene consultar la decisión con otros colegas y, si hay tiempo suficiente, con el juez.

5.3.- Personas con deficiencias mentales o enfermedades psiquiátricas.

5.3.1.- Estos pacientes pueden ser capaces de entender la información del médico y de autorizar o rechazar el tratamiento propuesto. Los psiquiatras responsables del enfermo deben opinar sobre su capacidad de discernimiento y validez de su decisión.

5.3.2.- Si la situación de incapacidad mental es transitoria es mejor posponer la intervención, salvo que se trate de salvar su vida o de evitar graves secuelas.

5.3.3.- Se puede operar a los pacientes con una incapacidad permanente, cuando se trata de salvar su vida o prevenir daños irreversibles. No obstante, si hay tiempo suficiente, debe solicitarse autorización judicial.

5.4.- Enfermos inconscientes o incapaces por razones médicas.

5.4.1.- En estas situaciones, tenemos la responsabilidad de hacer todo lo posible por preservar la vida del paciente y evitar secuelas graves y permanentes. Es aconsejable discutir la situación con los familiares, informarles y allegar la máxima información posible relevante que ayude a tomar una decisión. En algunas circunstancias, y ateniéndonos a las costumbres y a la normativa legal, la decisión sobre el tratamiento debe tomarse después de discutir el problema con los familiares, de conocer la opinión del Comité de Ética del Hospital o de consultar con la autoridad judicial.

5.5.- Directrices anticipadas.

5.5.1.- Algunas personas que se encuentran en situación de incapacidad para tomar decisiones sobre su salud, pueden haber expresado, con anterioridad, su deseo de no recibir

determinadas atenciones médicas en circunstancias específicas. Si el enfermo dejó expresadas tales directrices, o testamento vital, de forma clara, cuando estaba en plenas facultades mentales, deberíamos aceptarlas.

5.6.- Documentación de la información.

5.6.1.- Debería anotarse en la historia clínica toda la información dada a los enfermos, a los niños y a sus padres, y a los familiares acerca del estado del paciente y de la obtención del consentimiento para el tratamiento. Esta información puede ser importante desde el punto de vista legal y también sirve de experiencia para los residentes en formación.

5.6.2.- Es aconsejable que el consentimiento conste por escrito, con la firma del paciente o de los padres de aquellos niños que no hayan alcanzado la edad de discernimiento. Debe anotarse el nombre del facultativo responsable de haber obtenido la autorización para el tratamiento.

6.- Decisiones de no comenzar o de suspender un tratamiento.

6.1.- Cuando se propone practicar una intervención quirúrgica, las decisiones son, con frecuencia, complejas y difíciles de adoptar. Las posibilidades de una mejoría de los síntomas, o de prevenir el avance del proceso, deben sopesarse frente a los riesgos inherentes a la intervención y al dolor y el sufrimiento que pueden causarse. En no pocas ocasiones, las circunstancias particulares de un paciente pueden llevarnos a recomendarle un tratamiento conservador; este criterio debería aceptarse como una buena práctica profesional.

6.2.- Hay circunstancias en que es oportuno no iniciar un tratamiento agresivo; o bien decidir que ha llegado el momento de no continuarlo y proceder a su suspensión:

- Cuando, debido al estado del enfermo, cualquier tratamiento tuviera la mínima probabilidad de reportar al paciente algún beneficio.
- Cuando el paciente está moribundo y cualquier efecto beneficioso fuera tan breve que no justificase su aplicación.

Es conveniente que cuantos se ocupan de la atención de estos pacientes estén de acuerdo en la decisión que se tome. En estos casos, es aconsejable consultar al Comité de Ética del Hospital.

6.3.- En cualquier caso, deben mantenerse los tratamientos que tengan por finalidad el alivio del dolor y el consuelo del paciente.

7.- Confidencialidad

7.1.- Debe respetarse el derecho a la confidencialidad. Este derecho afecta a cualquier información, verbal o escrita y debe extenderse a los trabajos de investigación o a cualquier tipo de información grabada en ordenadores, películas, diapositivas o vídeos.

7.2.- La información que se considere esencial para el cuidado del paciente puede transmitirse a otros profesionales implicados en su tratamiento. Estos últimos tienen la misma obligación de respetar la confidencialidad. Si, por alguna razón, hubiera de quebrantarse, debería obtenerse el permiso del paciente.

7.3.- Hay circunstancias en que el derecho de la sociedad está por encima del derecho del paciente a la confidencialidad:

- Cuando los pacientes vayan a emprender una actividad o trabajo para los cuales no estén capacitados por razones de salud y representen un riesgo para terceros. En estos casos, tenemos que intentar disuadirles de que ejerzan esa actividad o empleo y deberíamos intentar conseguir su permiso para poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente, de acuerdo con la legislación.
- Cuando desvelar el secreto sea un requisito legal, como ocurre con la obligación de notificar determinadas enfermedades.
- Cuando un juez exija su revelación.

La información debería limitarse a aquello que exige la circunstancia particular.

8.- La salud del neurocirujano

8.1.- Deberíamos revelar a una persona adecuada cualquier problema de salud que pudiera significar un riesgo para los pacientes o para la calidad del trabajo asistencial. La persona adecuada puede ser un colega de más edad o un médico de confianza. Deberíamos aceptar las revisiones médicas que se nos exijan y suspender o disminuir la actividad profesional, si así se nos aconsejara.

8.2.- Debemos recordar que todos los neurocirujanos llegan a una edad en que la competencia técnica o la resistencia física, precisa para determinadas intervenciones, disminuye. Tenemos el deber de reducir nuestra actividad de forma adecuada, cuando esto ocurra.

8.3.- Deberíamos evitar una sobrecarga de trabajo de tal naturaleza que pudiera dar lugar a un cansancio excesivo o a estrés y, como consecuencia, a un deterioro de la capacidad profesional.

8.4.- Deberíamos evitar estilos de vida o hábitos personales que puedan afectar a la competencia neuroquirúrgica.

8.5.- Si nos enteramos de que un colega presenta síntomas clínicos o alteraciones de conducta que hagan sospechar problemas de salud, capaces de influir en el cuidado de los pacientes, tenemos la obligación de discutir el problema con dicho colega, de forma inmediata. Si éste no acepta ningún consejo, debe comunicarse la situación a la autoridad adecuada. Esta autoridad puede ser un compañero de más edad, la dirección del centro u otro organismo que regule la práctica médica. Tales revelaciones deben ser veraces, en interés de los pacientes.

9.- Racionalización y uso de recursos quirúrgicos

9.1.- Incluso en los países más ricos puede ocurrir que los recursos sean insuficientes para cubrir, de forma completa, las necesidades sanitarias de todos los ciudadanos. Por consiguiente, tenemos la obligación de utilizar los recursos disponibles de forma tal que podamos tratar al mayor número de pacientes y al mejor nivel que sea posible. Por lo tanto, deberíamos evitar el consumo de recursos en la aplicación de tratamientos caros, cuando no haya evidencia de que éstos puedan resultar más ventajosos que otros procedimientos más baratos. Debe tenerse en cuenta que el uso irracional de recursos en unos casos puede limitar la disponibilidad de tratamiento para otros.

9.2.- Nuestra lucha para obtener más recursos no debería acarrear restricciones para otras especialidades.

10.- Introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, materiales y dispositivos

10.1.- Una técnica quirúrgica, un material o dispositivo nuevo son aquellos cuya seguridad y efectividad todavía no están comprobadas. Tales innovaciones deberían valorarse después de ensayos clínicos bien diseñados, que necesitarían el visto bueno del Comité de Ética para Investigación, antes de introducirlas en la práctica habitual.

10.2.- Los nuevos procedimientos, materiales o dispositivos no deberían darse a conocer sin esperar al resultado de su ensayo. La publicación debería hacerse en revistas médicas con comités editoriales competentes en la materia. Los neurocirujanos que formen parte de los comités editoriales deberían estimular a las revistas para que publiquen resultados negativos.

10.3.- Cuando intentemos aplicar nuevas técnicas o utilizar nuevos dispositivos deberíamos hacer prácticas antes, trabajando con cirujanos que tengan experiencia.

11.- Trasplante de tejidos y de órganos

11.1.- Aunque el trasplante de tejidos es limitado en la práctica neuroquirúrgica, esta circunstancia puede cambiar con el tiempo. El trasplante debería ser realizado en centros especializados, con recursos para llevar a cabo el tratamiento y para valorar sus resultados. Deben respetarse las leyes nacionales relativas a la materia y los códigos profesionales.

11.2.- El tejido para trasplante, incluido el tejido fetal, debería obtenerse y utilizarse con arreglo a los códigos profesionales y las leyes antes referidas. Deberían tenerse en cuenta el criterio previo del donante potencial y los sentimientos de su apenada familia. No deben utilizarse incentivos económicos, ni alicientes de otro tipo, para obtener tejidos.

11.3.- Deberíamos trabajar, respetando las leyes nacionales, las creencias religiosas y las costumbres locales, para incrementar al máximo la donación de órganos de cadáveres para otras disciplinas quirúrgicas. Los familiares de los posibles donantes y el público deberían ser conscientes de los beneficios que reporta a los pacientes y a la sociedad.

11.4.- El proceso formal de determinar la muerte cerebral deberían precizarlo médicos independientes del equipo de trasplante, con arreglo a los protocolos clínicos y legales vigentes.

12.- La Ética de la investigación quirúrgica

12.1.- Los beneficios potenciales para el enfermo y la sociedad justifican el que la investigación represente una parte importante de nuestro trabajo. En todo caso, dicha investigación debe llevarse a cabo con arreglo a las leyes nacionales y a las normas profesionales, incluida la Declaración de Helsinki.

12.2.- La investigación en seres humanos y la utilización de los datos clínicos sólo deberían permitirse previa aprobación del pertinente protocolo por el Comité de Ética para la investigación. Este Comité debe ser completamente autónomo y debería incluir miembros no médicos y personas con experiencia en los aspectos éticos de la investigación clínica. La investigación debería controlarse mediante informes periódicos.

12.3.- Cualquier proyecto de investigación en el que vayan a compararse dos métodos de tratamiento debería estar controlado por un Comité de Datos y de Seguridad que sea independiente de los investigadores y de cualquier empresa u otra fuente de financiación.

12.4.- Los beneficios esperables de cualquier proyecto de investigación deberían ser superiores a sus riesgos. En caso de conflicto, el derecho individual del paciente debe anteponerse a las necesidades de la investigación.

12.5.- Los pacientes capaces que participen en la investigación habrán de recibir información completa y por escrito -a menos que no puedan leer- acerca de la finalidad y

métodos de la investigación. Deben también ser informados de que su inclusión en el proyecto de investigación puede ser resultado del azar, así como de cualquier riesgo eventual. De ser posible, el consentimiento para participar en el proyecto debe constar por escrito.

12.6.- Los pacientes deberían conocer que tienen derecho a rechazar el tomar parte en la investigación, a retirarse de ella en cualquier momento, y a saber que su asistencia médica no va a verse afectada en uno u otro caso.

12.7.- Cuando en la investigación participen personas no competentes o incapaces, la expectativa de beneficios debería estar bien fundamentada y los riesgos previsibles deberían ser mínimos. En todo caso, debe actuarse conforme a las leyes nacionales y normas profesionales. Si los parientes o representantes legales de las personas no competentes no prestan su consentimiento, éstos quedarán excluidos de la investigación.

12.8.- La investigación no terapéutica realizada en pacientes no competentes, sobre todo si lleva consigo el uso de procedimientos agresivos, sólo debería llevarse a cabo en circunstancias excepcionales y con el máximo de garantías par los afectados.

12.9.- Debería contarse con el consentimiento del paciente cuando se tenga el propósito de destinar a fines de investigación tejidos extraídos en el curso de una intervención, especialmente si la extracción sólo va dedicada a dichos fines.

12.10.- No debe publicarse ni presentarse en congresos o conferencias médicas ningún trabajo de investigación realizado en seres humanos sin que sus autores muestren que su proyecto ha sido previamente aprobado por el correspondiente Comité de Ética para la Investigación.

12.11.- Los autores de una publicación deben observar los más altos niveles de veracidad y no deben omitir ninguna información relevante. Su incumplimiento puede perjudicar, no sólo a los autores y a la institución a que pertenecen, sino a la práctica profesional general, al proponer falsos estándares de cuidados médicos. Los neurocirujanos que formen parte de los comités editoriales de revistas médicas deberían animar a los editores a verificar la información de los datos de investigación que publiquen.

12.12.- Los resultados de una investigación no deberían difundirse en medios de comunicación no especializados, antes de su publicación en revistas médicas o de su presentación en reuniones científico-médicas.

12.13.- Si un trabajo aparece suscrito por varios autores, uno al menos entre ellos debería identificarse como responsable de la integridad de su contenido. La autoría debe limitarse a quienes hayan hecho contribuciones significativas.

12.14.- Cuando se pidan informes sobre solicitudes de becas, trabajos científicos o resúmenes de los mismos, deberíamos emitirlos de forma veraz y objetiva. Cualquier

información obtenida a través de su lectura debe considerarse confidencial y no debería utilizarse en provecho propio ni en el de otros colegas, sin permiso del autor.

13.- Docencia y formación de especialistas

13.1.- Docencia de pregraduados.

13.1.1.- Todos los neurocirujanos de instituciones docentes tienen el deber de enseñar a los estudiantes. Al hacerlo, se garantiza la atención de los actuales y futuros pacientes.

13.1.2.- Antes de presentar un paciente a los estudiantes, deberíamos recabar la colaboración de aquél y aceptar su eventual negativa, sin que este rechazo afecte a su atención médica.

13.1.3.- Siempre debemos respetar la confidencialidad, dignidad e intimidad de los enfermos que colaboren en la enseñanza clínica.

13.2.- Formación del postgraduado.

13.2.1.- Tenemos la obligación de participar plenamente en la formación de los residentes y éstos tienen el derecho a recibir una formación apropiada y personalizada. La finalidad es que todos los residentes alcancen análogo nivel de competencia. Los residentes deben conocer de antemano el nivel de capacitación profesional que se espera puedan alcanzar.

13.2.2.- Aquellos neurocirujanos con facultades quirúrgicas especiales deberían preocuparse de transmitirles a los residentes.

13.2.3.- Tenemos la responsabilidad de garantizar que, en todo momento, el cuidado de un enfermo esté a cargo de un neurocirujano titulado, a quien los residentes siempre tendrán acceso en busca de su ayuda y consejo. Los neurocirujanos son responsables de la decisión de permitir que los residentes operen a los pacientes confiados a su cuidado y de si los residentes están suficientemente preparados para intervenir por sí mismos, bajo su directa supervisión o con su ayuda.

13.2.4.- Si los pacientes preguntan sobre la experiencia de aquellos que van a llevar a cabo la intervención, se les debe contestar verazmente.

13.2.5.- Si los enfermos rehusan colaborar en la formación de residentes, debe aceptarse su decisión, sin represalias. Sin embargo, deberíamos persuadirles de la importancia social que tiene su colaboración y garantizarles que el nivel de asistencia no sufrirá menoscabo por ello, en ningún caso.

13.2.6.- Aspectos importantes de la formación del residente son la evaluación periódica de los progresos conseguidos y el consejo cuando el interesado lo requiera. Estas funciones deben cumplirse de forma justa y consciente. Cuando el progreso del residente no sea satisfactorio, hay que hacérselo saber a tiempo, en su propio interés y en beneficio de los enfermos.

13.2.7.- Los informes sobre la actuación del residente destinados a la jefatura de estudios o a los organismos responsables de la acreditación docente serán siempre veraces y objetivos.

13.2.8.- La docencia y la formación práctica del residente deberían incluir los aspectos más relevantes de ética médica, estándares de la práctica profesional y de la legislación nacional que sea de su interés.

14.- Anuncios y publicidad

14.1.- Deberíamos tener derecho a informar, sobre nuestros servicios, a los colegas médicos y al público.

14.2.- La publicidad debería hacerse más en interés de los enfermos que de nosotros mismos.

14.3.- Las placas en los edificios, los anuncios en prensa u otros medios, incluida la comunicación electrónica, deben supeditarse a las normas profesionales.

14.4.- Nunca deberían reivindicarse logros que no sean ciertos ni hacer propaganda de procedimientos quirúrgicos que no se hayan comprobado científicamente.

14.5.- No deberían hacerse declaraciones -o permitir que otros las hicieran-, que induzcan a pensar que nuestra labor es mejor que la de otros neurocirujanos o que nuestra técnica es superior a otros procedimientos quirúrgicos comparables.

14.6.- Debemos responsabilizarnos de la información emitida por las instituciones, relativas a nuestras propias actividades.
