

# Situaciones conflictivas en la práctica quirúrgica. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes

**Benigno Acea**

Comité Asistencial de Ética. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

## Resumen

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente constituye un marco general para las obligaciones del cirujano en materia informativa y de consentimiento informado. Sin embargo, la práctica quirúrgica presenta situaciones asistenciales en las que se incrementan los conflictos relacionados con esta materia y que básicamente se resumen en el trabajo en equipo y en las situaciones de urgencia. La cirugía actual se caracteriza por una distribución de las tareas asistenciales entre diferentes profesionales, ya sean pertenecientes al mismo servicio (medicina en equipo) o a especialidades diferentes (manejo multidisciplinar). Esta participación conjunta beneficia al paciente pero incrementa los conflictos relacionados con el proceso informativo y la obtención del consentimiento informado. De forma similar, la cirugía de urgencia constituye otra situación conflictiva para el cumplimiento de estas obligaciones, ya que durante ésta hay incertidumbre sobre la dimensión real del proceso y la indicación técnica. Este artículo pretende analizar estas situaciones asistenciales desde los principios de la nueva Ley Básica con objeto de elaborar recomendaciones para su solución.

**Palabras clave:** *Información. Consentimiento informado. Cirugía. Urgencia. Ética.*

## CONFLICT IN SURGICAL PRACTICE. REFLECTIONS ON THE BASIC LAW OF PATIENT AUTONOMY

The Basic Law of Patient Autonomy represents a general framework for information and informed consent in surgery. However, situations can arise in surgical practice that can lead to conflict with this law. These situations basically concern teamwork and emergencies. Surgery today is characterized by a division of labor among various professionals, whether belonging to the same service (teamwork) or to distinct specialties (multidisciplinary management). This collaboration benefits the patient but increases conflicts related to the process of providing information and obtaining informed consent. Similarly, emergency surgery constitutes another possible source of conflict for complying with these obligations since during this type of intervention, there are doubts about the real scope of the process and the technical indication. The present article aims to analyze these situations within the context of the new Basic Law in an attempt to provide recommendations for their solution.

**Key words:** *Information. Informed consent. Surgery. Emergency. Ethics.*

## Introducción

La nueva Ley Básica<sup>1</sup> se debe considerar como el punto de partida del nuevo marco de la relación médico-paciente pero, por desgracia, no da solución a todas y cada una de las diferentes problemáticas de la realidad asistencial. Por ello se hace necesario analizar de forma específica el contexto ético y jurídico de algunas situaciones asistenciales con problemas particulares, con objeto de identificar los elementos que dificulten o impidan las labores de información y consentimiento de los profesionales.

Correspondencia: Dr. B. Acea Nebril.  
Plaza del exilio 3, 1.<sup>º</sup> A. 15179 Santa Cruz de Oleiros.  
A Coruña. España.  
Correo electrónico: homero@canalejo.org

Manuscrito recibido el 16-3-2004 y aceptado el 30-4-2004.

En este artículo se analizan 3 situaciones que constituyen un reto para el proceso informativo y de consentimiento en la práctica quirúrgica, como son el trabajo en equipo, el manejo multidisciplinar y la cirugía de urgencia, cada una con sus peculiaridades y conflictos propios.

### Cirugía en equipo

En la actualidad, la mayoría de los servicios quirúrgicos organizan su actividad asistencial en torno a la disponibilidad de sus recursos humanos para la atención de las áreas de hospitalización, quirófano, consulta externa y urgencias. En algunos casos, la organización del servicio permite la personalización del paciente en un cirujano que será el encargado de coordinar su estudio diagnóstico y terapéutico, es decir, constituye su médico responsable, tal como lo define la Ley Básica. En este modelo "ideal", el cirujano responsable es el encargado del proceso informativo y de la obtención de la autorización para la realización de los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, en un número importante de servicios quirúrgicos, ya sea por la falta de recursos humanos o por el exceso de demanda asistencial, no se personalizará la atención en ningún profesional y será la disponibilidad del momento la que concrete el cirujano que realizará la labor asistencial, el proceso informativo y la obtención del consentimiento. Esta fragmentación en la continuidad de la atención no es contraria a la realización de un proceso informativo y de consentimiento adecuados, pero precisará un nivel organizativo superior al requerir un consenso entre profesionales sobre los contenidos informativos, la coordinación de dicha información y la organización para la entrega y recepción del documento de consentimiento informado. En esta situación, cada cirujano es responsable de sus actos (principio de distribución de tareas), pero la fragmentación asistencial le impide controlar la totalidad del proceso informativo o su coordinación y, por ello, nunca podrá garantizar la calidad total de dicho proceso. En este modelo organizativo debe entenderse que su responsabilidad es compartida con el establecimiento encargado de la organización asistencial, ya que cada uno de los cirujanos sólo controlará parte del proceso informativo y del consentimiento. Por el contrario, la personalización del enfermo en un cirujano posibilita que éste controle todo el proceso informativo y de autorización, permitiendo que el paciente y familia identifique a un profesional responsable de su asistencia con quien podrá discutir los aspectos relevantes de su enfermedad, así como las alternativas diagnósticas y terapéuticas. Tampoco es éste un modelo ideal ya que, en el ámbito de la sanidad pública, es imposible que este cirujano pueda estar a su disposición todos los días del año, pero sin duda es el modelo que más se aproxima al modelo que propone la Ley Básica.

### Manejo multidisciplinar del enfermo quirúrgico

En la actualidad, el enfermo quirúrgico es valorado por diferentes profesionales con el objeto de completar su estudio diagnóstico y mejorar sus alternativas terapéuti-

cas. Esta nueva realidad asistencial, especialmente relevante en el enfermo oncológico, permite una mejora en la calidad asistencial pero incrementa la complejidad organizativa al precisar una coordinación entre profesionales pertenecientes a diferentes especialidades. En el ámbito de la información y del consentimiento es necesaria la adopción de un consenso en torno a los actos informativos, sus contenidos (característicos para cada especialidad) y delimitar las responsabilidades en la información y autorización para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico. Al igual que en la situación anterior, la cirugía en equipo, la situación ideal es la identificación de un médico responsable dentro del grupo multidisciplinar que, por un lado, coordine la actividad asistencial y, por otro, sea una referencia para el enfermo y la familia. En la mayoría de los procesos oncológicos, el cirujano puede convertirse en ese médico responsable que coordina el estudio diagnóstico y facilita los medios terapéuticos, al menos hasta que el inicio del tratamiento adyuvante precise su relevo y convierta al oncólogo médico en el nuevo médico responsable del paciente.

Cuando no hay coordinación en un grupo multidisciplinar asistimos a situaciones conflictivas relacionadas con la información y la autorización para procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En nuestra especialidad colaboramos con otros profesionales encargados de realizar procedimientos de riesgo y, por ello, con necesidad de información y autorización específica para ellos<sup>2</sup>. Dos especialidades son un claro ejemplo de esta situación: el procedimiento anestésico y el manejo endoscópico. Respecto al primero, su inclusión en el circuito del paciente ha quedado regulado mediante la implantación de la consulta preanestésica, que ha posibilitado las labores de información y consentimiento para dicha especialidad. En el caso de la endoscopia digestiva, la situación no se encuentra regulada en la mayoría de los centros y surge la problemática sobre quién debe informar al enfermo sobre el acto endoscópico y quién debe recabar su autorización. En esta cuestión se perfilan 2 niveles de responsabilidad: uno centrado en el cirujano que solicita la prueba y otro en el endoscopista que la realiza. En el primer nivel, el cirujano debe informar a su paciente sobre los motivos que justifican la petición de la técnica, los beneficios esperados para el diagnóstico y/o tratamiento de su dolencia y una información genérica sobre las características de la prueba. No debe solicitar su autorización por escrito, ya que no es el responsable de su realización y complicaciones, pero sí debe haber un consentimiento tácito del enfermo en el que se aclare cualquier tipo de duda o reticencia sobre ésta. Este episodio informativo debe constar en la historia clínica. Por su parte, el endoscopista que lleva a cabo el procedimiento deberá informar al enfermo sobre sus características técnicas, sus complicaciones y contraindicaciones y, al mismo tiempo, solicitar su autorización por escrito. Estos 2 niveles de responsabilidad también se mantienen, pero a la inversa, cuando el cirujano no es el médico responsable del enfermo y participa con otros profesionales en la realización de procedimientos quirúrgicos para la confirmación histológica de un proceso (biopsias, etc.) o como complemento terapéutico (drenajes, colocación de catéteres con reservorio, etc.). En estas circunstancias será el cirujano el

encargado de la información específica del procedimiento y deberá obtener la autorización del paciente a través de un documento de consentimiento informado.

## Cirugía de urgencia

La cirugía urgente presenta problemáticas específicas relacionadas con la información y el consentimiento que merecen una reflexión propia. Por desgracia, la Ley Básica sólo analiza un evento clínico propio de esta situación, la urgencia vital, y que puede ser ampliado a aquellos supuestos de representación cuando el enfermo está incapacitado para la toma de decisiones. Pero la gran mayoría de los enfermos quirúrgicos que atendemos durante una guardia de cirugía no se encontrarán bajo estos supuestos y presentarán dificultades y necesidades propias en su proceso informativo y consentimiento, que serán diferentes de las registradas en los enfermos programados.

La cirugía de urgencia posee un contexto propio y claramente diferenciado de la cirugía programada (equipo quirúrgico, quirófanos, enfermeras, área de urgencia) y, por ello, carece de los circuitos e infraestructuras necesarios para facilitar la labor informativa y de consentimiento en estos pacientes. Estas carencias son el origen de un importante número de conflictos relacionados con la información (tabla 1) y representan un porcentaje significativo de las reclamaciones a los equipos quirúrgicos.

### Dificultades en el proceso informativo

*Incertidumbre en el diagnóstico.* La principal limitación en el proceso informativo y de consentimiento durante la valoración de un proceso abdominal urgente es la falta de certeza en el diagnóstico etiológico de la enfermedad. Esta limitación supone una dificultad, a veces insalvable, para un correcto proceso informativo al enfermo y a sus familiares que circunscriben las directrices del artículo 4 (derecho a la información asistencial) y del 10 (condiciones de la información y consentimiento por escrito) de la Ley Básica. En efecto, ante un proceso abdominal agudo, los cirujanos nos encontramos ante 3 contextos clínicos diferentes atendiendo a la certeza etiológica del proceso. En un primer grupo de enfermos, poco numeroso en la práctica clínica, conocemos el verdadero origen del cuadro abdominal y ello permite proporcionar una información precisa, tanto del diagnóstico como de las alternativas terapéuticas y sus complicaciones. Son ejemplos de esta situación clínica la incarceración herniaria o la hemorragia digestiva diagnosticada endoscópicamente. No obstante, y a pesar de este conocimiento etiológico, en algunos casos desconocemos la verdadera dimensión del proceso y no es infrecuente que, aun conociendo su origen, tengamos que modificar la técnica quirúrgica inicialmente prevista al encontrarnos un asa intestinal comprometida o una úlcera situada en una localización diferente a la descrita por el endoscopista.

En un segundo grupo de procesos, al que pertenecen la mayoría de los pacientes con una enfermedad abdominal de urgencia, se indica la intervención quirúrgica bajo

**TABLA 1. Principales dificultades en el proceso informativo y de consentimiento durante la cirugía de urgencia**

1. Dificultades en el proceso informativo
Incertidumbre sobre el diagnóstico
Limitación de la información diagnóstica y terapéutica
Limitación para la autorización de la técnica quirúrgica
Infraestructura del área de urgencias
Valoración por varios médicos
Dificultades para la intimidad informativa
Estado clínico y capacidad del paciente
2. Dificultades en el consentimiento
Información limitada para la toma de decisión
Capacidad limitada para la toma de decisión
Tiempo limitado para la autorización
Consentimiento impreciso sobre la técnica quirúrgica
Localización de la entrega del documento de consentimiento
Persona que entrega el documento de consentimiento

un diagnóstico de "sospecha" debido a que la presentación clínica, los hallazgos de la exploración y nuestra propia experiencia nos orientan hacia ésta. La apendicitis aguda es el ejemplo paradigmático de esta situación; en la mayoría de las ocasiones acertamos en la sospecha, en algunos casos no encontramos ninguna enfermedad y en unos pocos encontraremos hallazgos imprevistos. También pertenecen a este grupo los diferentes síndromes abdominales agudos (oclusivo, perforativo, peritonítico) y los pacientes politraumatizados con lesiones diagnosticadas en los estudios radiológicos. En estos casos conocemos las razones por las que consideramos indicada la cirugía urgente, podemos predecir un posible diagnóstico etiológico y concretar las dimensiones de la técnica y sus complicaciones; pero la certeza informativa y la decisión final sobre la técnica de elección sólo podrá llevarse a cabo una vez realizada la laparotomía. Esta falta de conocimiento sobre el origen del proceso no se puede interpretar como una disculpa para la falta de información y ausencia de diálogo con el enfermo, al contrario, es precisamente esta limitación, junto a la premura en las actuaciones, lo que nos obliga a una mayor comunicación con el enfermo para que llegue a comprender, en toda su dimensión, las dificultades para el diagnóstico de su dolencia.

Finalmente, hay un tercer grupo de enfermos que se encuentran en una situación grave y que precisarán una laparotomía para confirmar o descartar una causa abdominal en su dolencia. Un número importante de estos enfermos pertenece a unidades de críticos y en estas circunstancias se suman las problemáticas propias de la incertidumbre diagnóstica y el estado de incapacidad del enfermo. En esta situación serán los familiares, o allegados de hecho, los que deberán recibir la información y autorizar el procedimiento quirúrgico, una decisión difícil debido a los riesgos inherentes a la intervención y a la posibilidad de que en la laparotomía no haya hallazgos relevantes.

Aunque estas problemáticas limitan la realización de un proceso informativo y de consentimiento, tal como exige la Ley Básica, el cirujano de guardia puede facilitar al enfermo toda la información disponible sobre el proceso, en la que podrían incluirse el diagnóstico de la enfermedad (cuando sea conocido), la sospecha clínica y los argumentos que justifican la intervención quirúrgica.

TABLA 2. Características del proceso de información-consentimiento en enfermos quirúrgicos de urgencia

Tipo de proceso	Contenido de la información diagnóstica	Contenido de la información técnica	Documento de consentimiento
Proceso con etiología conocida	Información del diagnóstico	Información de la técnica quirúrgica indicada	Documento de consentimiento específico para el procedimiento
Proceso con diagnóstico de sospecha	Información sobre diagnóstico de sospecha, no de certeza Información sobre otros diagnósticos posibles o presumibles	Argumentos para la indicación Riesgos de la no intervención Información sobre la técnica quirúrgica presumible, si se conoce Información sobre riesgos típicos y personalizados	Documento para cirugía abdominal de urgencia
Proceso sin diagnóstico de sospecha (laparotomía exploradora)	Información del contexto clínico e importancia de la intervención Valoración del riesgo/beneficio de la intervención	Posibilidad de laparotomía sin hallazgos relevantes Posibilidad de lesiones no tratables Información de riesgos típicos y personalizados	Documento para cirugía abdominal de urgencia

Respecto a la información sobre la finalidad, riesgos y consecuencias de la intervención, sólo puede revelarse cuando se conozca la naturaleza del proceso y la técnica quirúrgica que se realizará, circunstancia poco frecuente en la práctica de la urgencia quirúrgica. En la mayoría de los casos debe insistirse en la existencia de una sospecha clínica basada en la presentación clínica, las exploraciones complementarias y la propia experiencia, discutiendo con el enfermo y/o su representante las ventajas de la indicación quirúrgica frente a la observación del caso (progresión de la peritonitis, rotura intestinal, resolución del proceso, etc.). Un segundo cuerpo informativo lo constituyen las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica. A pesar de que no hay certeza sobre la técnica a realizar, sí podemos exponer una información relativa a las complicaciones de cualquier intervención quirúrgica (hemorragia, infección, etc.) y de la técnica que con mayor probabilidad se llevará a cabo (tabla 2).

En referencia al documento de consentimiento informando, la incertidumbre sobre el diagnóstico y técnica quirúrgica impide la entrega de un documento específico para un determinado procedimiento quirúrgico. Por ello, es aconsejable entregar un documento de consentimiento general para la cirugía abdominal de urgencia que destaque la incertidumbre del diagnóstico, las complicaciones típicas y frecuentes de la laparotomía y los riesgos personalizados según la situación y las características clínicas del paciente.

La situación más conflictiva se sitúa en el tercer supuesto, es decir, cuando no hay diagnóstico de sospecha y el cirujano debe realizar una laparotomía exploradora. Es necesario resaltar aquí el artículo 10.2 de la Ley, en el que se señala que "el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente". Las dificultades se incrementan cuando, como ocurre en la mayoría de estos casos, el paciente se encuentra incapacitado para recibir la información y otorgar su consentimiento, lo que obliga a un minucioso proceso informativo con su representante. Es importante que en esta información se destaque la posibilidad de una la-

parotomía sin hallazgos relevantes, sin rendimiento diagnóstico ni terapéutico, o bien que lo avanzado del proceso impida cualquier maniobra terapéutica que beneficie al enfermo (isquemias intestinales masivas, carcinomatosis, etc.). Este tipo de información es fundamental para evitar situaciones conflictivas y tensas con los familiares durante la información postoperatoria al no entender lo innecesario de la intervención o lo avanzado del proceso.

*Limitación de la intimidad.* La información a pacientes y familiares en los servicios de urgencias se debe contextualizar dentro de la sobrecarga asistencial que los mismos sufren en los grandes centros hospitalarios. En estas condiciones, la práctica médica se caracteriza por el hacinamiento de los enfermos en espacios comunes en donde la privacidad queda limitada, en el mejor de los casos, al amparo de una cortina o mampara. En estas circunstancias es impensable un proceso informativo que garantice privacidad, especialmente cuando el contenido de la información y/o la propia exploración clínica afectan directamente a la intimidad de la persona. No es infrecuente que los propios cirujanos descuidemos estos aspectos durante una exploración sistemática en la sala de urgencia dejando a la vista zonas íntimas del paciente (mamas, genitales, etc.) o colocándolo públicamente en una postura degradante (exploración proctológica). Sin duda alguna, el pudor no puede impedir una correcta exploración del enfermo pero, en todo caso, deberá garantizarse una mínima privacidad que permita una asistencia dentro del debido respeto a la dignidad de la persona. La solución a esta problemática es difícil, ya que la mayoría de los centros no disponen de salas específicas para información. Sin embargo, en la mayor parte de las ocasiones será posible utilizar salas destinadas a otras funciones asistenciales con objeto de garantizar una intimidad mínima en el proceso informativo y evitar así la información en el pasillo.

*Estado clínico del paciente y capacidad en la toma de decisión.* En la urgencia quirúrgica se producen diferentes situaciones en las que el estado clínico del

enfermo no es el más adecuado para la información y el consentimiento. Así, el dolor, la fiebre, la hipotensión y otras alteraciones clínicas condicionan el entendimiento e interés del enfermo por la información facilitada, a pesar de que en todo momento presenta capacidad para la toma de decisión. En otros casos, la administración de medicación durante su asistencia en urgencias provocará una disminución en el nivel de conciencia y en su capacidad para tomar decisiones, como ocurre durante la valoración de enfermos con dolor abdominal a quienes se administra analgesia, a veces opiáceos, o bien la administración de diazepam durante la valoración de una incarceración herniaria que, en el caso de los ancianos, puede conducir a una depresión total de sus facultades intelectuales. En el estudio de Kay et al<sup>3</sup>, en el que se analiza el proceso informativo en pacientes intervenidos de urgencia, el 36% reconocieron un efecto adverso de la analgesia durante el proceso de consentimiento y sólo el 22% percibieron que habían discutido adecuadamente con el cirujano las complicaciones de la cirugía a la que se iban a someter.

En estas circunstancias en las que el enfermo se encuentre alterado por su situación clínica o por el efecto de la medicación, el cirujano deberá tener en cuenta las directrices de la Ley Básica referentes a la toma de decisiones por sustitución en el caso de que el paciente presente una incapacidad evidente (artículo 9.3), o bien porque el cirujano estime que el paciente no presenta condiciones físicas y/o psíquicas para el consentimiento (artículo 5.3).

#### *Dificultades en el consentimiento informado*

Uno de los aspectos más destacables en el contexto de la cirugía de urgencia es la dificultad para llevar a cabo un adecuado proceso de consentimiento informado. Hay 2 aspectos relacionados con esta situación: las dificultades relacionadas con el proceso informativo y las relacionadas con el documento de consentimiento informado.

*Dificultades relacionadas con el proceso informativo.* El principal condicionamiento para el consentimiento de enfermos en la cirugía de urgencia es la limitación en el proceso informativo y la disminución de la capacidad para la toma de decisión. En efecto, las personas no podemos tomar decisiones ni autorizar correctamente cuando no conocemos nuestra situación clínica ni el alcance de sus complicaciones, dificultad que se acentúa cuando el nivel intelectual se encuentra limitado por la propia situación clínica o la administración de medicamentos.

Hay, además, un tercer elemento que dificulta el consentimiento en el paciente urgente: la limitación del tiempo para la toma de decisión. Es evidente que la autorización del paciente al tratamiento quirúrgico debe prestarse con una antelación suficiente que le permita reflexionar sobre dicho el diagnóstico. Este "período de reflexión" constituye un elemento conflictivo en la cirugía de urgencia, al haber un escaso margen de tiempo

entre diagnóstico e intervención, que se agrava por la situación clínica del enfermo y/o la medicación concomitante. Ciertamente, una vez diagnosticado el enfermo e indicada la cirugía se dispone de un escaso margen de tiempo entre la comunicación de esta información y la realización del acto quirúrgico. Es evidente que el contexto de la urgencia quirúrgica no permite grandes demoras en la realización del acto quirúrgico, ya que en la mayoría de las ocasiones incrementaría el alcance de las lesiones y sus secuelas. En cualquier caso, esta limitación en el tiempo no justifica la falta de información y la firma de un documento de consentimiento sin información previa.

Tras estas reflexiones, deberíamos considerar que el consentimiento en la urgencia no vital tiene un desarrollo básicamente verbal debido a las dificultades ya descritas en el proceso informativo y deliberativo con el paciente. Su constatación por escrito (documento de consentimiento informado) queda limitada por la incertidumbre del diagnóstico, la imprecisión de la técnica quirúrgica a realizar, el desconocimiento de la magnitud de las lesiones y la ausencia de un período de reflexión adecuado para la autorización. En términos generales, es válida la autorización verbal, pero en este caso, la carga de la prueba recaerá sobre el cirujano, ya que invertir esta carga sobre el paciente constituiría una prueba diabólica para este último al tener que demostrar que no ha habido una información adecuada durante su atención. En estas circunstancias, y cuando no se disponga de un documento de consentimiento específico para el procedimiento, es recomendable realizar una reseña por escrito en la historia clínica. En general, los tribunales han dado gran importancia a estas anotaciones, especialmente cuando son progresivas, contemporáneas a los hechos o cuando identifican cuestiones o aspectos especiales expresados por el paciente.

*Dificultades relacionadas con el documento de consentimiento.* Habitualmente, el documento de consentimiento informado debe entregarse con una antelación suficiente que permita al enfermo su lectura y la discusión de las dudas. Sin embargo, la limitación en el tiempo durante su valoración en urgencias no permite disponer de ese intervalo necesario para que la autorización se realice de acuerdo con las directrices de la Ley Básica. Esta dificultad ha justificado que en la mayoría de los casos el documento de consentimiento se firme en el antequirófano, en los instantes previos a la intervención. La situación ideal podría situarse en la entrega del documento una vez explicado el diagnóstico o sospecha diagnóstica y la indicación quirúrgica, bien en la sala de urgencia o una vez ingresado en la unidad de hospitalización. Sin embargo, la dinámica asistencial durante la urgencia quirúrgica puede dificultar al equipo quirúrgico a entregar el documento con la suficiente antelación. Por ello, no es infrecuente observar en algunos centros la entrega del documento de consentimiento por parte del personal de enfermería o administrativo. Esta última circunstancia es especialmente relevante, ya que con toda seguridad invalida el consentimiento debido a que en nin-

gún momento se ha garantizado el proceso informativo por parte del cirujano.

### **Agradecimientos**

A Don José María Gómez Díaz-Castroverde, magistrado del Consello Consultivo de la Xunta de Galicia, por su asesoramiento y revisión del manuscrito.

### **Bibliografía**

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002; p. 40126-32.
2. Acea Nebril B. El consentimiento informado en la endoscopia digestiva. ¿Quién debe informar? *Gastroenterol Hepatol* 2001;24: 145.
3. Kay R, Siriwardena A. The process of informed consent for urgent abdominal surgery. *J Med Ethics* 2001;27:157-61.