

2. Kolodny M, Schrader ZR, Rubin W, Hochman R, Slesenger MH. Esophageal achalasia probably due to gastric carcinoma. Ann Intern Med 1968; 69: 569-573.
3. Menin R, Fisher RS. Return of esophageal peristalsis in achalasia secondary to gastric cancer. Dig Dis Sci 1981; 26: 1038-1044.
4. Wook C, Jai H, Duck C, Sang H, Hai J, Kahrlas P. Association of pseudoachalasia with advancing cancer of the gastric cardia. Gastrointest Endosc 1999; 50: 486-491.
5. Ponce J, Garrigues V, Nos P, García E, Siles S, Del Val A. Pseudoachalasia esofágica relacionada con neoplasia. Rev Esp Enferm Digest 1993; 83: 1-4.
6. Tucker HJ, Snape WJ Jr, Cohen S. Achalasia secondary to carcinoma: manometric and clinical features. Ann Intern Med 1978; 89: 315.
7. Moonka R, Pellegrini CA. Malignant pseudoachalasia. Surg Endosc 1999; 13: 273-275.
8. Carter M, Deckmann RC, Smith RC, Burrell MI, Traube M. Differentiation of achalasia from pseudoachalasia by computed tomography. Am J Gastroenterol 1997; 92: 624-628.
9. Faigel DO, Devaney C, Phillips D, Fennelly MB. Biopsy-negative malignant esophageal stricture: diagnosis by endoscopic ultrasound. Am J Gastroenterol 1998; 93: 2257-2260.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. ¿QUIÉN DEBE INFORMAR?

Sr. Director: En el pasado mes de julio se ha publicado en su revista un artículo original de Parera et al que nos aproxima a la opinión de los enfermos sobre el consentimiento informado en una unidad de endoscopias¹. Tras su lectura me gustaría realizar algunas reflexiones sobre los resultados y opiniones que en dicho artículo se exponen, especialmente en la coordinación de la información suministrada por el médico responsable y el endoscopista al paciente pendiente de una exploración endoscópica.

En un primer apartado de valoraciones, los autores analizan las circunstancias relacionadas con el temor hacia el documento informativo y la finalidad del mismo. En este punto no puedo compartir su opinión de que exista "un descenso en el deseo de recibir información" en una sociedad como la actual en donde existe un grupo poblacional importante con un nivel educativo adecuado y que tiene acceso a la información médica por vías extrasanitarias (medios de comunicación, Internet). Quizás podamos asumir que todavía existe un grupo social, compuesto por personas de edad avanzada, con mínima formación cultural, y en donde la exigencia de información es baja o inexistente. Respecto a la afirmación de que "en la actualidad el paciente no tiene una opinión excesivamente positiva del consentimiento informado", dicha circunstancia puede ser una consecuencia de la cultura tradicional que sobre la información ha capitalizado la actividad asistencial hasta hace pocos años y en donde la ausencia de una adecuada relación verbal con el enfermo condiciona que toda la información y responsabilidad de la información recaiga sobre un papel, que en sí mismo constituye el primer y único paso del proceso informativo. En este contexto es lógico que el paciente considere que dicho documento presente una función estrictamente jurídica encaminada a la protección legal del profesional médico, en vez de constituir el paso final de una información progresiva. Creo, además, que el enfermo debe ser consciente de que él es el único titular del derecho a consentir lo que puede contribuir a una mejor percepción y valoración del consentimiento informado al ver incrementado su protagonismo en la toma de decisiones. Esto sólo es posible cuando la relación médi-

co-enfermo adquiere una dimensión horizontal en la que el enfermo perciba la existencia de un diálogo en ambas direcciones, en contraposición al modelo tradicional de corte vertical caracterizado por una información unidireccional con una mínima participación del interesado. Coincido con los autores en que esta nueva cultura de la información no ha calado en la totalidad de los enfermos, tampoco lo ha hecho en muchos profesionales, pero en los próximos años constituirá el contexto de relación médico-enfermo.

Al final del artículo los autores esbozan uno de los principales conflictos que, al menos en el ámbito hospitalario, se establece sobre la responsabilidad en la información al enfermo sometido a una endoscopia digestiva; en definitiva, quién debe informarlo sobre la indicación, técnica y complicaciones de esta exploración. Bajo mi punto de vista, la responsabilidad recae tanto en el médico responsable del enfermo como en el endoscopista, aunque los contenidos y objetivos de su información pueden ser diferentes. Por una parte, el médico responsable del enfermo tiene la obligación de informar a su paciente sobre las circunstancias relativas a su proceso clínico que hacen necesaria la realización de una endoscopia digestiva con la finalidad de que el enfermo comprenda la utilidad diagnóstica y/o terapéutica de la misma. El ámbito de esta información es únicamente clínico, con una finalidad informativa y con la obtención de un consentimiento tácito para llevar a cabo la exploración endoscópica, si bien es cierto que puede ir acompañada de una información general sobre los aspectos básicos de esta técnica diagnóstica. Por su parte, el endoscopista debe informar sobre aquellos aspectos directamente relacionados con la exploración que él realiza ya que es el responsable legal de todos aquellos acontecimientos que puedan derivarse de su acción, especialmente en las técnicas endoscópicas intervencionistas (polipectomías, esfinterotomías, etc.) donde las complicaciones pueden adquirir una relevancia vital. En este contexto, el ámbito de la información es principalmente técnico y su finalidad es la de informar sobre la técnica y sus complicaciones con objeto de solicitar el consentimiento del enfermo, esta vez por escrito tal como prevé la Ley General de Sanidad. Surge entonces un nuevo conflicto referente a cómo informar a un paciente ambulatorio cuyo primer contacto con el endoscopista se realiza el mismo día que va a realizar la prueba diagnóstica. Es difícil establecer un método que garantice en estos casos una información progresiva, no puntual, con capacidad de diálogo que permita resolver las dudas del enfermo y con la intimidad necesaria que garanticé su confidencialidad. Probablemente este hecho se ve dificultado por la falta de una adecuada infraestructura hospitalaria que en algunos aspectos, como el de la intimidad, dificulta el proceso informativo. Pese a ello los profesionales médicos tenemos la responsabilidad de impulsar nuevas iniciativas encaminadas a un cambio real en el hábito de la información y la mejor forma de iniciarlo es la corrección de aquellas costumbres que no se sitúen en este nuevo contexto; por ejemplo, la entrega del documento por parte de una enfermera o auxiliar en el pasillo o antesala, momentos previos a la exploración, y cuyo único diálogo lo constituye la frase "tiene usted que firmar aquí..."

Finalmente quisiera felicitar a los doctores Parera et al por esta interesante aportación que permite abrir un nuevo foro de discusión encaminado al debate de diferentes conflictos éticos que afectan a la práctica diaria de la gastroenterología y la hepatología.

B. ACEA NEBRIL
Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parera de Cáceres A, González Asanza C, Melchén Fernández-Pacheco, Senent Sánchez C, Jiménez Alexander J, Vaquero Martín J et al. Encuesta de opinión sobre el consentimiento informado en una unidad de endoscopia digestiva. Gastroenterol Hepatol 2000; 23: 317-321.