

El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes

Benigno Acea

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.

Resumen

El consentimiento informado es el último paso del proceso informativo en el paciente quirúrgico. La Ley Básica recoge las condiciones en las que debe concretarse la autorización del paciente con objeto de garantizar su libre decisión en la toma de decisión. Sin embargo, el cirujano se enfrenta en ocasiones a situaciones clínicas conflictivas para recabar esta autorización, bien porque el paciente no se encuentra capacitado para dar su autorización, bien por la necesidad de intervenir en una situación vital, o bien porque debe concretar en el documento de consentimiento informado los riesgos y consecuencias de su actuación. Este artículo pretende analizar las problemáticas relacionadas con el consentimiento por representación y las características de documento de consentimiento informado según las directrices de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes.

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

INFORMED CONSENT IN THE SURGICAL PATIENT. REFLECTIONS ON THE BASIC LAW OF PATIENT AUTONOMY

Informed consent is the final step in informing the surgical patient. The basic law of patient autonomy specifies the conditions in which patient authorization should be given with the aim of guaranteeing that a free decision is made. However, surgeons are sometimes faced with clinical situations in which it is difficult to obtain informed consent, whether because the patient is unable to provide consent or because of the need to intervene in a life-threatening situation, or because the informed consent document must specify the risks and consequences of the intervention. The present article aims to analyze what happens when the patient is unable to provide consent ("consent by representation") and the characteristics of the informed consent document according to the stipulations of the basic law of patient autonomy.

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

El consentimiento informado: conocer, decidir y autorizar

La superación del modelo paternalista en la relación médico-paciente ha llevado a un nuevo punto de equilibrio caracterizado por la toma de decisiones desde la autonomía de los pacientes. Esta nueva situación en el contexto clínico ha sido vivida por muchos profesionales sanitarios como una pérdida en el control de la dinámica

asistencial que ha desencadenado situaciones de rechazo y enfrentamiento al ejercicio de los derechos por parte de pacientes y usuarios.

Sin duda alguna, el consentimiento informado ha sido el elemento que más ha trascendido en esta nueva situación, un instrumento que los profesionales hemos identificado como prioritario desde un principio pero que, desgraciadamente, no siempre hemos entendido en su verdadera dimensión ética y jurídica. El principal error cometido ha sido identificar el consentimiento informado con el "documento" de consentimiento, un error que impide considerar al primero como un proceso asistencial en donde la firma para la autorización es el último eslabón de una cadena formada, casi en su totalidad, por el proceso informativo y la deliberación con el paciente. Como muy bien describe el filósofo alemán Hans Jonas¹, para

Correspondencia: Dr. B. Acea.
Plaza del Exilio 3, 1.º A. 15179 Santa Cruz de Oleiros.
La Coruña. España.
Correo electrónico: homero@canalejo.org

Manuscrito recibido el 3-5-2004 y aceptado el 7-9-2004.

el respeto de los valores éticos en la práctica clínica no es suficiente con los requisitos jurídicos, hace falta también una actitud adecuada y un contexto ético apropiado. El documento de consentimiento informado es una garantía de mínimos, pero sólo la buena práctica, una actitud adecuada y una buena interacción entre el cirujano y su medio pueden garantizar finalmente los derechos del paciente.

Este artículo pretende ser un elemento para la reflexión del proceso de consentimiento informado en el enfermo quirúrgico a la luz de la nueva Ley Básica de Autonomía del Paciente² con objeto de analizar nuestras obligaciones jurídicas durante la obtención de la autorización y discutir las problemáticas inherentes al proceso de consentimiento en la práctica de la cirugía.

¿Qué es el consentimiento informado?

Galán Cortés³ considera que el consentimiento informado determina el campo de actuación dentro del cual puede lícitamente desenvolverse la intervención médica. Esta autorización tiene un carácter personal y alcanza al médico al cual se otorga, si bien es cierto que en la dinámica asistencial actual (medicina en equipo) parece obvio que dicha autorización se amplía a todos los profesionales que colaboran en su tratamiento, excepto en aquellos casos en los que el paciente expresamente lo otorgue a un cirujano concreto.

La Ley 41/2002 define el consentimiento informado como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud" (artículo 3). Con esta definición, la ley establece una obligación legal para el personal sanitario estableciendo que toda actuación en el ámbito de la salud precisa el consentimiento libre y voluntario del paciente, una vez que reciba la información y haya valorado las opciones propias del caso (artículo 8.1). Así, el consentimiento informado sólo puede ser entendido desde la existencia de 2 derechos: el derecho para la toma de decisiones (consentimiento) y el derecho a un proceso informativo que garantice la mejor decisión. Cada uno de estos puntos presenta peculiaridades y problemas en la práctica quirúrgica que a continuación comentaremos.

En referencia a la primera cuestión, la autonomía para la toma de decisiones, diremos que es precisamente el principio de autonomía el punto de partida para el reconocimiento de la capacidad de decisión de la persona de todas aquellas actuaciones sobre su cuerpo, y por lo tanto, para aceptar o rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico en el ámbito sanitario. Una vez más, la principal limitación al ejercicio de la autonomía es la cultura paternalista que impregna gran parte de la relación médico-paciente; pero, además, hay otras limitaciones que acentúan esta deficiencia en la toma de decisiones y que se manifiestan en coacciones que limitan la conformidad libre y voluntaria en algunos pacientes. No nos referimos aquí a la coacción como sinónimo de "conformidad bajo amenaza", sino a situaciones cotidianas en la práctica clínica que limitan o impiden la libertad en la

toma de decisión. Sin duda, la situación más frecuente es la rúbrica del documento de consentimiento informado en la propia consulta o antequirófono sin lectura ni reflexión previas, situación que desvirtúa su sentido y finalidad, anula su validez y coloca al profesional en la sospecha de la coacción, tal como han entendido algunos tribunales cuando han tenido que pronunciarse al respecto. Por ello, la Ley ha insistido en esta conformidad libre, consciente y voluntaria en contraposición con todas las acciones sistemáticas que conduzcan a una firma irreflexiva, prematura y sin información.

El segundo aspecto que se debe considerar, el proceso informativo, debe contemplar al consentimiento informado como el último eslabón en dicho proceso y cuya culminación es la autorización, verbal o escrita, para llevar a cabo un procedimiento una vez valoradas las diferentes alternativas. Como ya se comentó con anterioridad, la práctica asistencial actual, caracterizada por la masificación, impide que en la mayoría de estas situaciones pueda llevarse a cabo un proceso informativo adecuado, es decir, basado en diferentes actos informativos que permitan la asimilación de la información, la discusión de las dudas presentadas y una correcta valoración de las alternativas (tabla 1). Este modelo "progresivo" en el consentimiento sería, por lo tanto, el contexto ideal en el que deberíamos desarrollar nuestra actividad para alcanzar un consentimiento tal como pretende la Ley aunque, desgraciadamente, nuestra realidad poco o nada tiene que ver con esta situación de excelencia. En efecto, nuestra labor actual se caracteriza por un volumen asistencial que impide disponer de tiempo suficiente para la información, limita la oportunidad al diálogo y, en definitiva, dificulta la progresión en la información. Por ello, nuestra realidad se caracteriza por un modelo "puntual" de consentimiento que, en el mejor de los casos, proporcionará al enfermo un volumen informativo excesivo y único en el tiempo para, posteriormente, colocar un documento de consentimiento para su firma. Como muy

TABLA 1. Recomendaciones para el proceso de consentimiento informado en pacientes quirúrgicos

1. Recomendaciones durante el proceso informativo
 - Informar de forma verdadera, simple, aproximada, leal e inteligible sobre los diferentes aspectos del diagnóstico y las opciones quirúrgicas
 - Realizar una información progresiva en diferentes actos dejando constancia escrita en la historia clínica
 - Informar exhaustivamente cuando se solicita autorización para la práctica de técnicas no validadas o ante indicaciones cuestionables
2. Recomendaciones para la obtención de la autorización
 - Evitar un consentimiento bajo persuasión, manipulación o coacción
 - Eludir el consentimiento puntual, basado en la firma del documento, y buscar un consentimiento progresivo, basado en el diálogo gradual con el paciente
 - Garantizar un *período de reflexión* entre el acto informativo y la autorización
 - Evitar la firma del documento en el antequirófono
 - Eludir durante la consulta la firma del documento sin su lectura o reflexión
 - Entregar personalmente al paciente el documento de consentimiento dejando constancia escrita en la historia clínica
 - Evitar la entrega del documento a través de una enfermera o un administrativo

bien apunta Galán Cortés³, la relevancia de este último aspecto da lugar a una esclerosis del modelo, hasta el punto que lo único trascendente es la firma de dicho documento.

¿Quién otorga el consentimiento?

El paciente es quien ostenta el derecho de consentimiento y, por ello, quien debe autorizar todos aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos siempre y cuando se encuentre con plena capacidad de juicio (artículo 2.2). Es oportuno mencionar aquí que la propia ley también reconoce el derecho a no consentir, es decir, a la negativa del paciente al tratamiento y, por ello, la obligación del profesional a respetar este tipo de decisiones (artículo 2.4). Por lo tanto, en la práctica quirúrgica no puede haber dudas sobre quién debe recibir información y quién debe autorizar el acto quirúrgico: será el propio paciente siempre y cuando se encuentre en plenas facultades físicas y mentales para entender la información suministrada y ser capaz para la autorización.

Las problemáticas asistenciales relacionadas con esta cuestión se plantean, bien cuando el paciente no se encuentra en condiciones físicas/psíquicas adecuadas (inconsciencia, trastornos mentales, etc.), bien cuando no posee capacidad jurídica para autorizar el procedimiento (incapacitados legales, menores, etc.)⁴. La exigencia de capacidad para la toma de decisión debe entenderse como la posibilidad de expresión de la voluntad una vez entendido el acto quirúrgico, sus consecuencias y ventajas alternativas; en definitiva, la capacidad es entender la información suministrada y poder elegir la mejor opción según los intereses personales de forma racional y autónoma (tabla 2). Cuando el paciente no posee capacidad para otorgar su consentimiento nos encontramos ante el denominado "consentimiento por representación", previsto en la ley en su artículo 9.3 y en el cual se delimitan 4 situaciones:

– Enfermos incapacitados por su estado físico/psíquico. La Ley prevé que en aquellas situaciones en las que el paciente no se encuentre en condiciones de autorizar un procedimiento, ya sea por un condicionamiento físico (estado de inconsciencia, intoxicaciones, etc.) o psíquico (trastornos mentales), el cirujano recabará la autoriza-

ción de su representante legal y, si carece de éste, de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. La obtención de este consentimiento deberá efectuarse a través de las personas más próximas al enfermo y no de forma indiscriminada a cualquier persona que tenga la condición de familiar o allegado. En raras ocasiones se planteará un conflicto entre familiares o allegados (un ejemplo típico son la ex esposa y la nueva cónyuge, nietos y sobrinos) para decidir quién autorizará la intervención. En estas circunstancias debemos abandonar el ritualismo familiar y recurrir a la persona que en realidad se ocupa del cuidado y la atención del paciente en el momento en que se produce su enfermedad.

– Enfermos incapacitados para la toma de decisión según el criterio del médico responsable de la asistencia. Esta es una cuestión de especial relevancia para la práctica quirúrgica, al recaer en el cirujano la responsabilidad para valorar la incapacidad de su paciente. Todos somos conscientes, en nuestra práctica quirúrgica, de que hay ciertos pacientes que por sus características no nos parecen idóneos para responsabilizarse de la toma de decisión. Al igual que en el caso anterior, la Ley establece que bien su representante legal, o bien la persona vinculada al paciente por razones familiares o de hecho, serán los encargados de otorgar el consentimiento. Hay 2 limitaciones prácticas de esta potestad del médico responsable para establecer la capacidad de su paciente. Por un lado, esta posibilidad legal debe entenderse como una fórmula excepcional para la incapacitación del paciente por parte del cirujano y no como una norma que permita la toma de decisión por parte de allegados al paciente sin que éste haya sido informado ni participe en la toma de decisión. Por otro lado, esta Ley prevé en su artículo 5.2 que el paciente sea informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y, por ello, debemos esperar que haya cierta capacidad de decisión en función de sus posibilidades de entendimiento. No obstante, la individualización de cada caso debe ser la norma y, recurriendo al principio de este punto, será el propio cirujano quien establezca de forma individualizada si dicho paciente está capacitado para la firma del documento.

– Pacientes incapacitados legalmente. En este supuesto se encuentra establecido un representante legal en quien recaerá la potestad de otorgar el consentimiento, siempre adecuada a las circunstancias, proporcionada a

TABLA 2. Implicaciones en la firma del documento de consentimiento informado

Tipo de paciente	¿Quién debe firmar el documento?	Observaciones
Adultos		
Capacitado	Paciente	
No capacitado	Representante legal, allegado por razones familiares o de hecho	Informar al paciente en el contexto de su capacidad
Menores		
< 16 años o no emancipado	Padres, tutor, representante legal Participación del menor en la medida de lo posible en la toma de decisiones	Si es > 12 años, informar al menor y conocer su opinión
> 16 años o emancipado	Paciente*	En situaciones de gravedad, informar a los padres y tener en cuenta su opinión

*Excepto en trasplante de órganos, operaciones de esterilidad, cirugía transexual, interrupción voluntaria del embarazo, práctica de ensayos clínicos y práctica de técnicas de reproducción humana asistida.

las necesidades, a favor del paciente y respetando su dignidad personal, tal como refiere la ley en su artículo 9.5. No obstante, se mantiene la obligación de informar al paciente en el contexto de su capacidad, tal como se comentó con anterioridad (artículo 5.2).

– Pacientes menores de edad. La Ley establece 2 contextos diferentes para otorgar el consentimiento en menores. El primero de ellos se refiere al paciente menor que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el cirujano recabará la autorización de su representante legal (padres, tutores, representantes) pero, en el supuesto de que el menor tenga 12 años, deberá cumplir con la obligación de informar al paciente y conocer su opinión. Esta obligación se encuentra fundamentada jurídicamente en la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor⁵, en la que se reconoce el derecho del menor a buscar, recibir y utilizar la información adecuada para su desarrollo. El segundo contexto aludido anteriormente se refiere a menores no incapaces ni incapacitados pero emancipados o con 16 años cumplidos en quienes, según el texto de la Ley, “no cabe prestar consentimiento por representación”, aunque, tal como recoge la propia Ley, “en caso de actuación de grave riesgo y según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión”. Por lo tanto, y como norma general, no cabe el consentimiento por representación en menores con más de 16 años o emancipados, y en estos casos será el propio menor quien firme el documento de consentimiento informado. A pesar de esta capacidad para la toma de decisión, hay 3 supuestos en los que un menor emancipado o con 16 años cumplidos no puede otorgar su consentimiento y que se refieren a los supuestos de trasplante de órganos (como receptor o donante vivo), esterilización, cirugía transexual, interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida.

A pesar de la nueva Ley, subsisten diferentes problemáticas relacionadas con el manejo quirúrgico de menores, algunas de las cuales comentaremos a continuación. La primera se sitúa en los conflictos derivados de la discrepancia entre la voluntad del menor y sus padres, tutores o representante legal. En caso de que el menor reúna condiciones de madurez prevalecerá la voluntad del menor, pero en aquellas circunstancias en las que haya dudas acerca de dicha madurez se precisará la consulta al juez. Sólo en los casos de urgencia vital será el propio cirujano quien, amparado en el estado de necesidad, decidirá sobre la mejor opción diagnóstico/terapéutica para el beneficio del menor. La segunda situación conflictiva se plantea cuando la voluntad del tutor o representante es maleficente para la salud del menor. Una situación característica de esta problemática es la negativa a la transfusión de un menor por parte de unos padres pertenecientes a la congregación de los Testigos de Jehová. En esta situación, el cirujano debe notificar el caso al juez de guardia, pero si se trata de una situación vital deberá ejercitar su posición de garante y proceder a la mejor opción diagnóstico/terapéutica en beneficio del menor; su decisión estará amparada en el estado de necesidad. Fi-

nalmente, en menores con padres separados debe informarse y recabar la autorización de ambos progenitores, salvo en las situaciones que no permitan demora, en cuyo caso sería suficiente la autorización del cónyuge que tuviese atribuida la custodia del menor.

¿Cuáles son las excepciones al consentimiento informado?

La Ley 41/2002 establece, en su artículo 9.2, 2 situaciones en las que el cirujano puede llevar a cabo la intervención, siempre a favor del paciente, sin contar con su autorización (tabla 3):

– Riesgo para la salud pública. Se trata de una situación excepcional en cirugía ya que se asocia sobre todo con el tratamiento forzoso en pacientes con alto riesgo de contagio, como tuberculosos bacilíferos que se niegan al tratamiento médico. En estos casos, la Ley prevé que se notifique dicha situación a la autoridad judicial en un plazo máximo de 24 h.

– Estado de necesidad vital. No será necesario el consentimiento en aquellas situaciones clínicas en las que “haya riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho” (artículo 9.2). Bajo este supuesto se incluyen aquellas situaciones de la práctica quirúrgica caracterizadas por la necesidad imperiosa de llevar al paciente a quirófano sin demora alguna debido al elevado riesgo de muerte, una situación característica de los enfermos con sangrado agudo y masivo (politraumatizados, hemorragias digestivas, etc.) o estados de shock de otra naturaleza. Sin embargo, no debemos incluir bajo este supuesto otras situaciones de urgencia quirúrgica en las cuales, a pesar de la situación clínica del paciente, es posible realizar un mínimo proceso informativo para la explicación de su situación, las alternativas posibles y la solicitud de la autorización pertinente para llevar a cabo la intervención de urgencia. En la mayoría de nuestros pacientes de urgencia (apendicitis aguda, incarceration herniaria, síndrome perforativo, síndrome oclusivo, etc.) es posible desarrollar esta labor informativa durante su estancia en urgencias y/o ingreso previo al acto operatorio.

TABLA 3. Límites en el consentimiento informado

Excepciones al consentimiento informado
1. Riesgo para la salud pública
2. Situaciones de urgencia vital
Consentimiento por representación en pacientes incapacitados
1. Pacientes en estado de inconsciencia
2. Pacientes conscientes pero con enfermedad que afecta a su inteligencia (demencias, pacientes psiquiátricos, etc.)
3. Pacientes conscientes pero sin capacidad para la toma de decisión según criterio del cirujano
4. Pacientes incapacitados en virtud de una declaración judicial
5. Menor de 16 años, menores no emancipados o menores de edad sin capacidad para entender la intervención según apreciación del cirujano

¿Cuál es la información que debe constar en los documentos de consentimiento informado?

Aunque el consentimiento en el ámbito sanitario debe ser, fundamentalmente, de tipo verbal, la Ley 41/2002 establece que en los casos de intervención quirúrgica, así como en procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y/o con riesgo, deberá prestarse de forma escrita (artículo 8.2). El consentimiento por escrito se hará a través de un documento que se caracteriza por incluir, por un lado, una fórmula de autorización que el paciente rubrica con su firma y, por otro, una sección informativa sobre el procedimiento a realizar. Si bien la fórmula de autorización es común a todos los procedimientos, con mínimas variaciones entre hospitales, la sección informativa constituye un texto variable para cada procedimiento, e incluso diferente entre hospitales para el mismo procedimiento, debido a la dificultad inherente a su elaboración. Esta dificultad se basa en que deben ser específicos para cada procedimiento y su redacción debe ser clara para que el paciente entienda la finalidad y las complicaciones de la técnica que se le va a realizar. Aunque esta información escrita en ningún caso sustituirá al proceso informativo llevado a cabo con el paciente, es cierto que su contenido es crucial a la hora de complementar la información verbal del cirujano y para concretar el ámbito de la autorización del paciente ya que, no en vano, sólo se autoriza aquello sobre lo que se ha sido informado.

El objeto del consentimiento informado lo constituye el tratamiento médico-quirúrgico ajustado a la *lex artis ad hoc* con los riesgos que le son inherentes, pero no comprenderá el resultado de dicho tratamiento, que es aleatorio. Por ello, hay siempre una obligación de medios que exige una diligencia máxima para solventar cualquier incidencia de trascendencia vital, pero nunca se entenderá como una obligación de resultados. La presencia de consentimiento, ya sea verbal o escrito, nunca exonera al cirujano de su responsabilidad cuando su actuación ha sido improcedente o si se ha desviado de la *lex artis ad hoc*. En otras palabras, la existencia de un consentimiento no obliga al paciente a asumir cualquier riesgo derivado de un acto quirúrgico inadecuado ni libera al cirujano de la responsabilidad correspondiente, a pesar de que el daño ocasionado esté contemplado en el documento firmado por el paciente.

La autorización para una actuación quirúrgica está condicionada a la información facilitada al paciente, de tal forma que si ésta ha sido incorrecta o inadecuada, su consentimiento estará viciado y, por lo tanto, será nulo. Así, si una mujer da su autorización para la práctica de una mastectomía basada en la información errónea de carcinoma mamario, dicho consentimiento quedará invalidado. El núcleo informativo más importante del documento de consentimiento informado se corresponde con la información relativa a los riesgos, las complicaciones del procedimiento quirúrgico y las consecuencias de su no realización, lo que garantiza que el paciente no sufra una "pérdida de oportunidad", es decir, que pueda no realizar la intervención atendiendo a las posibles complicaciones y secuelas que ésta pueda ocasionarle. Atendiendo al artículo 10 de la Ley, deberán especificarse del siguiente modo:

– Consecuencias seguras. Se concretan en las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad y que se definen como las secuelas del procedimiento. Un ejemplo sería la anestesia cutánea secundaria a una linfadenectomía axilar o inguinal.

– Riesgos personalizados. Se trata de los riesgos relacionados con las circunstancias personales y profesionales del paciente. Atendiendo a las circunstancias personales, se debe informar a un paciente anticoagulado del incremento del riesgo de sangrado, al diabético de la posibilidad de una mayor frecuencia de complicaciones infecciosas, etc. Respecto a las circunstancias profesionales del paciente, éste es un aspecto importante desde el punto de vista de la responsabilidad⁴. En este sentido se establece que puede haber complicaciones y secuelas de gran trascendencia para el desempeño de ciertas profesiones; por ejemplo, la lesión del laríngeo superior en un cantante o en un maestro. Se trata de una información que debe constar en el proceso informativo verbal y es aconsejable que conste alguna reseña en la historia clínica.

– Riesgos típicos poco frecuentes. Se trata de riesgos poco probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y el estado de la ciencia, pero directamente relacionados con el tipo de intervención. Esta información es importante, ya que se trata de complicaciones patognomónicas de la técnica y suponen una complicación de relevancia para el paciente. En este sentido, debemos informar de la posibilidad de afonía por lesión del laríngeo recurrente en una tiroidectomía, de la neuralgia del nervio abdominogenital tras una hernioplastia o de la posibilidad de incontinencia a gases/heces tras una fistulotomía perianal. Estas complicaciones patognomónicas de la técnica, pese a su escasa incidencia, deben ser comentadas con el paciente y constar en el documento de consentimiento informado para la técnica.

– Contraindicaciones. Es otro aspecto importante de la información y consentimiento, ya que el conocimiento de las contraindicaciones por parte del paciente permite al cirujano replantear la técnica operatoria durante el acto quirúrgico cuando se presentan circunstancias diferentes de las inicialmente planificadas. Se trata de una problemática típica de la cirugía oncológica en la que, por desgracia, el estudio preoperatorio puede no desvelar la verdadera extensión del tumor y conducir a una mastectomía ante la imposibilidad de encontrar bordes quirúrgicos libres de tumor, la realización de una cirugía derivativa ante la imposibilidad de extirpación tumoral, o la realización de una colostomía por mala preparación del colon. Estas circunstancias, la mayoría de ellas identificables para cada técnica y enfermedad, deben ser comentadas con el paciente y pueden constar en el documento de consentimiento informado para cada procedimiento.

Agradecimientos

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

Bibliografía

1. Jonas H. Técnica, medicina y ética. Barcelona: Ediciones Paidós; 1997.
2. 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.
3. Galán Cortés JC. Responsabilidad médica y consentimiento informado. Madrid: Civitas Ediciones S.L.; 2001.
4. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002 de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Editorial Comares S.L.; 2003.
5. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de 1996, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y e la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 17 de enero de 1996. p. 1225-37.