



# CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCESOS COMPARTIDOS

## INFORMED CONSENT IN SHARED PROCESSES

ÁLVARO SANZ<sup>1</sup>, FRANCISCO BARÓN<sup>2</sup>, MARÍA LUISA DEL VALLE<sup>3</sup>

1. Oncología Médica. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

2. Unidad de Hospitalización. Oncología Médica. Hospital Universitario de A Coruña.

3. Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: Álvaro Sanz. Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 1, 47013 Valladolid 983420400. asrubiales@hotmail.com

### RESUMEN:

#### Palabras clave:

Consentimiento informado.

Especialización.

Decisiones

compartidas.

Recibido: 26/09/2021

Aceptado: 07/12/2021

La medicina actual tiende a la especialización. Pero también cada vez son más frecuentes los procesos compartidos o interdisciplinarios en que un profesional solicita algún tipo de técnica o un procedimiento diagnóstico o terapéutico que debe realizar otro especialista. En un escenario así, que implica a profesionales diferentes, es razonable que surja cierto debate sobre a cuál de ellos le correspondería obtener el consentimiento informado por parte del paciente. El primer error sería plantear este proceso como un enfrentamiento entre profesionales que derivan o delegan en otro sus propias responsabilidades. Al contrario, es preciso entenderlo como de un trabajo en equipo y no como una mera delegación de compromisos. Por una parte, sigue siendo el médico que lleva a cabo la técnica y que, por tanto, mejor la conoce como procedimiento y que es experto en la detección precoz y en el manejo de los efectos secundarios, el que debería asumir el compromiso de informar sobre este procedimiento y sus perfiles específicos. Y, por ello, es a él a quien le corresponde obtener el oportuno consentimiento informado. Por otra, al entenderlo como un proceso compartido, lo adecuado sería que el médico responsable del seguimiento del paciente y que es quien ha tomado la iniciativa de solicitar esta técnica hubiese aportado una información elemental, más centrada en el motivo de la indicación, y que con ello se hubiese obtenido un *preconsentimiento*, es decir una aceptación básica o, al menos, un no-rechazo previo a la técnica. Y sería conveniente dejar registro de esta información en la historia clínica.

### ABSTRACT:

#### Keywords:

Informed consent.

Specialisation. Shared decisions.

Nowadays, medicine tends towards specialization. But there are also more shared or interdisciplinary processes in which professionals request some type of technique or a diagnostic or therapeutic procedure that must be performed by another specialist. In this scenario that involves different professionals, it is reasonable a certain debate about which of them should obtain the informed consent of the patient. The first error would be to pose this process as a confrontation between professionals who derive or delegate their own responsibilities to another. It is, on the contrary, a teamwork and not a mere delegation of duties. On the one hand, it should be the doctor who carries out the technique and, therefore, knows it best as a procedure and is an expert in the early diagnosis and management of side effects, who should inform about

the procedure and its risks. And, therefore, it is his duty to obtain the appropriate informed consent. And, since everything is understood as a shared process, it would also be advisable that the physician in charge of the care and follow-up of the patient, and who has taken the initiative to request this technique, had already provided basic information, more focused on the reason for the indication, and that a pre-consent had been obtained, that is a prior elementary verbal consent of acceptance or, at least, of non-rejection. And it would be convenient to record this information in the medical record as well.

## 1. Introducción

El objetivo del consentimiento informado (CI) es que el paciente tenga un conocimiento suficiente que le permita actuar de manera autónoma a la hora de aceptar o no las diferentes alternativas que se le pueden ofrecer. Esta elección es aconsejable que quede plasmada en un documento específico, sobre todo cuando se refiere a procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes que puedan afectar de manera negativa la salud del paciente, como sucede con las intervenciones quirúrgicas, las técnicas intervencionistas o algunos tratamientos que se asocia a un riesgo elevado de efectos secundarios graves. En este documento de CI se debería aportar una información suficiente sobre el procedimiento en cuestión y sobre sus riesgos potenciales que, de alguna manera, debería complementar y respaldar la información oral<sup>1</sup>. Tanto en el documento como en todo el proceso del CI la información sobre los riesgos debería centrarse en lo común y en lo severo, entre otros motivos porque si se habla de todos los riesgos posibles –independientemente de su incidencia y gravedad– es posible que en el paciente y en su entorno se agrande la percepción subjetiva que lleva a agrandar tanto la probabilidad de que aparezcan como la severidad, con lo que aumenta la angustia y se genera una mayor inseguridad en la toma de decisiones.

En relación con el documento de CI ha sido preciso vencer dos tradiciones negativas. La primera, el conside-

rarlo como un impreso oficial disociado de la información oral que era preciso rellenar y que, en cierto modo, servía para proteger de problemas legales. Y la segunda, el considerarlo un mero requisito dentro de la lista de verificación (*checklist*) de los procesos asistenciales y que se cumplía con la costumbre práctica de delegar en otro –normalmente un subordinado– el deber de obtener la firma del paciente en el documento; como cuando el cirujano exigía a la enfermera que el enfermo bajase a quirófano rasurado, en ayunas y... con el CI firmado<sup>2</sup>. Pero más allá de estos dos escenarios, hay otras situaciones prácticas que pueden influir en el proceso de CI y en la firma del documento que es preciso conocer para intentar afrontarlas de la manera más adecuada.

## 2. Situaciones especiales

Se ha trabajado poco en cómo afrontar el CI –como proceso y, sobre todo, en cuanto al documento– en situaciones especiales. No todo en Medicina son actos en que el médico responsable está sentado delante del paciente al que él mismo va a tratar o con el que va a realizar algún tipo de técnica invasiva o, al menos, no carente de riesgos. En este escenario ideal parece sencillo informar serenamente tanto de los riesgos y de la expectativa de beneficios como de las posibles alternativas, con la posibilidad de responder desde el conocimiento práctico de la técnica a las cuestiones que se pudieran plantear.

1 Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, ML., Fernández González, M., Ferreira Alonso, R. «Teoría y práctica del consentimiento informado». *Cuadernos de Bioética*. 2016; 27: 69-78.

2 Rodríguez Piñero, JE., Tabernero Duque, MJ., Rodríguez Calvo, MS. «Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España)». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29: 69-79.

La realidad es más compleja. De hecho, uno puede encontrarse problemas para llevar a cabo el proceso de CI y para obtener la firma del documento porque el paciente solo acepta o asume una parte del contenido, porque se le está explicando un proceso diferente del que él mentalmente había previsto o del que se le había sugerido anteriormente, porque puede resultar imprudente entrar a detallar de un modo demasiado exhaustivo lo que se pretende realizar, porque el paciente toma como interlocutor válido para resolver dudas a alguien que no forma parte del equipo asistencial o porque los acompañantes y familiares asumen en la práctica un protagonismo que no les correspondería. También puede ser más complejo porque la técnica o la intervención que se pretende llevar a cabo no va a ser practicada por el médico que informa. Y también porque el paciente comience un itinerario asistencial donde no resulta operativo ni funcional ir solicitando CI sucesivos y condicionados de una serie de actos médicos que van encadenados y que se implican hasta poder entenderse como un único proceso, aunque vayan a ser realizados por médicos y especialidades diferentes.

### 3. Procesos compartidos

La Medicina igual que tiende a la especialización –y, con ella, a la fragmentación del conocimiento– tiene también tendencia a que las diferentes especialidades y áreas de conocimiento se integren en procesos comunes, compartidos o interdisciplinarios<sup>3</sup>. Estos procesos abarcan un espectro desde los más sencillos –como la solicitud de una técnica a una especialidad o a un Servicio específico o la petición de una transfusión al banco de sangre– hasta aquellos tremendamente complejos, como las decisiones de tratamientos secuenciales o combinados y condicionados a respuesta en un comité de tumores<sup>4</sup> o como los que afectan a pacientes pluripatológicos que requieren la in-

tervención de especialidades diversas y la realización de estudios diagnósticos seriados de manera coordinada y ordenada<sup>5</sup>. En todos estos casos se corre el riesgo de que el paciente perciba estos procesos en que intervienen profesionales diversos como más impersonales porque la responsabilidad compartida tiende a anonimizarse –“hay tantos responsables que no es posible identificar a ninguno”– e incluso es posible que no le sea fácil definir quién es realmente el médico responsable<sup>6</sup>.

Son muy numerosos los procesos compartidos en los que es preciso realizar una técnica específica a cargo de un Servicio o una especialidad diferentes del que atiende directamente al paciente y que lleva a cabo el seguimiento de su problema fundamental (Tabla 1). En estos procesos compartidos es posible que sea el mismo profesional que solicita la derivación o el estudio el que de manera tácita determina la indicación, como sucede en la mayoría de los estudios de imagen y de laboratorio. Pero también es frecuente que sea otro profesional el que determine la indicación de la prueba o la técnica diagnóstica o terapéutica –generalmente invasiva o con mayor riesgo de efectos secundarios o complicaciones– y/o la limite o la adapte al caso (en tipo, complejidad o demora). Y puede haber incluso diferencias dentro de un mismo Servicio entre quién define la indicación y quién lleva a cabo la técnica, como sucede en algunas intervenciones quirúrgicas. Igual que el seguimiento del paciente tras la técnica y el manejo de las complicaciones puede estar limitado a uno de los profesionales o puede ser también una tarea compartida por expertos de diferentes especialidades. En este tipo de procesos puede ser difícil definir responsabilidades. En todo caso, especialmente si participan profesionales de perfiles y estamentos diversos –médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos...– nunca se puede entender que todos los que participan tienen el mismo compromiso con la indicación y con la técnica y que, por tanto, asumen la misma responsabilidad.

3 Wiles, K., Nawal, B., Engward, H., Papanikitas, A. «Ethics in the interface between multidisciplinary teams: a narrative in stages for inter-professional education». *London Journal of Primary Care*. 2016; 6: 100-4.

4 San Miguel, I., Larumbe, A., Chopitea, A., Centeno, C. «La coordinación de esfuerzos en casos clínicos complejos: un valor añadido de cuidados paliativos en un hospital universitario». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010; 33: 315-8.

5 Un ejemplo de proceso compartido complejo pudiera ser la pauta desensibilizadora que se debe seguir antes de administrar contraste yodado a un paciente. Algo aparentemente sencillo puede llegar a implicar a profesionales de ámbitos diferentes como médicos y enfermeras de atención primaria y de atención especializada, de especialidades como Alergología y Radiología...

6 Pradesa, J., Borràs, JM. «Debemos eliminar al taxista del comité de tumores». *Revista de Calidad Asistencial*. 2012; 27: 117-22.

**Tabla 1.** Procesos compartidos en que es preciso realizar una técnica específica a cargo de un Servicio o especialidad diferente del que atiende directamente al paciente

Paciente al que se le solicita un estudio diagnóstico habitual, prácticamente exento de riesgos relevantes que no sean puramente anecdóticos (estudio radiológico simple, análisis de sangre o de orina).
Paciente al que se le solicita un estudio diagnóstico habitual, aunque no exento de complicaciones (como las reacciones por contrastes yodados).
Paciente al que se le solicita una técnica terapéutica específica no quirúrgica ni invasiva pero no exenta de riesgos (como una transfusión).
Paciente al que se le solicita una técnica invasiva específica.
Paciente derivado desde una Consulta de Atención Primaria o Especializada a otra Especialidad con intención de que lo valoren y planteen estudios específicos y/o una actitud terapéutica global.
Paciente derivado desde una Consulta de Atención Primaria o Especializada a otra Especialidad con intención de que ahí valoren y/o lleven a cabo una opción terapéutica específica.
Paciente derivado a una Consulta Especializada tras el acuerdo de un comité interdisciplinar.

En todos estos procesos puede surgir el conflicto sobre quién debe asumir en concreto la responsabilidad de obtener el CI: ¿el médico que solicitó, el médico que avala la indicación, el médico o el profesional que lleva a cargo la técnica? De hecho, no es extraño que en algunos ámbitos sanitarios se dé aviso periódicamente de que el Servicio que las lleva a cabo ciertas técnicas –como un estudio de imagen con contraste, una endoscopia, una transfusión...– exige o recomienda, depende, que en la misma solicitud de la técnica en cuestión se incluya el CI para su realización firmado por el paciente y que debería obtener el médico que solicita la técnica.

De cara a obtener este CI, es evidente que al médico que no es especialista en una cuestión no se le debe exigir el mismo nivel de conocimiento que al experto. Un internista, por ejemplo, o un oncólogo tienen claro por qué motivo puede ser adecuado administrar una transfusión o solicitar una TAC o una colonoscopia para un paciente concreto. Pero lo más probable es que los conceptos que manejan sobre estas técnicas y en los que se basa la información que pueden dar al paciente sean ideas prácticas y bien fundamentadas, pero sin el detalle suficiente para poder responder cuestiones específicas sobre cómo se llevan a cabo, sobre qué medicación requiere, sobre las posibles alternativas razonables, sobre la probabilidad porcentual de aparición de complicaciones y cómo se manejan y su pronóstico y gravedad en cada una de estas técnicas. Ni tienen este conocimiento ni se les debería exigir, incluso cuando son estudios o

tratamientos relativamente rutinarios en una medicina hospitalaria hasta el punto de que no es raro que los pacientes –e incluso los médicos– los conozcan por propia experiencia al haber tenido que pasar por ellos previamente. Y es que para estos médicos tan preocupante sería no poder dar explicaciones al paciente de cualquier técnica o proceso que se solicite –desde una TAC cerebral a una broncoscopia o, incluso, a una intervención quirúrgica– como aparentar la misma soltura y el mismo conocimiento que el especialista que la está llevando a cabo de una manera rutinaria.

En este escenario, el desconocimiento, la desconfianza y la actitud defensiva pueden llevar a intentar eludir responsabilidades o a derivarlas a otros profesionales. El médico responsable podría entender que su labor se limita a solicitar la prueba o el estudio y que el proceso del CI debería corresponder al experto que lo lleva a cabo. Mientras que el profesional con capacidades técnicas pero alejado del trato directo con pacientes también podría asumir que de cara a obtener el CI su papel también sería técnico –llevar a cabo el proceso– y que el papel de relación con el paciente y la información deberían corresponder al que se puede identificar como médico responsable, que es quien tiene un trato mantenido con el paciente y quien asume el protagonismo de la información como proceso, y que dedicar su tiempo asistencial a obtener el CI demoraría la realización de la técnica en ese y en los pacientes sucesivos<sup>7</sup>.

7 O’Leary, KJ., MS, Sehgal, NL., Terrell, G., Williams, MV. «Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical

#### 4. Información, consentimiento y responsabilidad

Este debate sobre el CI se podría integrar dentro de un debate más global sobre la responsabilidad y sobre el compromiso. En concreto sobre la responsabilidad y el compromiso cuando hay un médico que atiende personas a lo largo del proceso de la enfermedad y otro médico que realiza técnicas específicas y puntuales. Dos situaciones –dos responsabilidades y dos compromisos– que se pueden ver como enfrentados o bien como complementarios.

Estos procesos interdisciplinarios combinan indicación y técnica. Y de cara a plantear quién y cómo debería informar y recabar el documento de CI, lo aconsejable sería definir quién es el responsable de la indicación y quién lo es del proceso técnico en sí. El primer paso, es decir, la decisión de la derivación para valorar y/o realizar una técnica le corresponde al clínico que ve al paciente, es decir, al que sería su “médico responsable”. En cuestiones menores la propia derivación se considera una indicación, como sucede de ordinario en estudios radiológicos simples o en análisis rutinarios de muestras fáciles de obtener (sangre, orina, esputo...). Resulta claro que en estos procesos sencillos la información y el consentimiento, muchas veces tácito, corresponden al especialista que pide la radiografía o el análisis de sangre<sup>8</sup>. Esto es compatible con que los que llevan a cabo estas pruebas de muy bajo riesgo –siguiendo con el mismo ejemplo, un estudio de imagen o una extracción de sangre–, aunque suelen tener una cualificación profesional orientada a la ayuda técnica e intervienen de manera marginal en el proceso, deberían ser capaces de informar de lo que van a hacer y tener una sensibilidad suficiente para distinguir qué pacientes no tienen un perfil adecuado y/o tienen más riesgo para esa técnica.

En cuestiones muy específicas, como una intervención quirúrgica o la administración de quimioterapia y/o de radioterapia, la indicación del tratamiento compete

exclusivamente al especialista concreto que decide si es adecuado o no llevarlo a cabo, ya que es quien tiene la llave para permitir que el paciente acceda a esta técnica o este tratamiento y que, con la indicación, asume también el compromiso de atención. Algo compatible con que en ocasiones el especialista que indica y el especialista que lleva a cabo la técnica –generalmente ambos dentro de un mismo equipo– puedan no ser el mismo. En todo caso, incluso cuando pueda ser otro especialista del equipo el que, por ejemplo, entre a quirófano y tenga que afrontar *in situ* las posibles complicaciones, si es posible concretar en qué momento se define la indicación, debería ser el médico que marca esta indicación el que asuma el proceso de información específica y la obtención de la firma en el documento de CI.

Pero también es posible encontrar una zona intermedia más compleja, la del especialista que lleva a cabo la técnica sin haber entrado directamente a definir la posible indicación: sencillamente la ha supervisado y ha descartado posibles contraindicaciones. Este profesional, aunque va a asumir las complicaciones de la técnica durante el propio acto –sin hacer un seguimiento a medio o largo plazo del paciente–, tan solo habrá precisado y/o habrá podido llevar a cabo ocasionalmente una valoración específica, es decir, una “pequeña consulta” con el paciente. En efecto, no es raro que el primer contacto entre el médico que lleva a cabo la técnica o la intervención y el paciente tenga lugar en la sala de espera o en el espacio físico dedicado a realizarla. En un escenario así no resulta extraño que la firma del documento de CI se haga en la sala de espera, de camino a la camilla o incluso en el lugar en que se lleve a cabo la técnica o que se plantee como alternativa que lo traiga firmado “desde casa” sin facilitar una información interactiva ni un proceso de resolución de dudas. Esta práctica no es la ideal, pero se suele entender como una manera de adaptación a una situación en que no resulta factible disponer de un despacho y en la que la presión asistencial no permite tener tiempo suficiente ni un personal capacitado para informar y responder preguntas en todas las salas de espera<sup>9</sup>.

recommendations for improvement». *Journal of Hospital Medicine*. 2012; 7: 48-54.

8 Sanz Rubiales, A. *Cosas que he aprendido. Y muchas no están en los libros*, La Hojarasca, Madrid, 2020.

9 Si se toma como ejemplo una colonoscopia, el médico que la solicita podría informar del motivo por el que la solicita (sospecha, seguimiento o evaluación de respuesta, control periódico...),

En cuanto al papel del profesional y su implicación en la atención a los pacientes que se les deriva, hay especialidades que se prestan a una visión ambivalente. Algunos de estos especialistas se ven como meros técnicos que realizan los procedimientos o los estudios que han sido indicados por otras especialidades. Y, en cierto modo, piensan que con ello no asumen más que las responsabilidades derivadas de la buena práctica técnica. Sin embargo, hay otros que, en función de las circunstancias, supervisan las solicitudes y vetan o reorientan de manera más o menos unilateral algunas de ellas por no verlas justificadas o porque entienden que hay otras posibilidades que por criterios de riesgos, disponibilidad y coste o bien de rentabilidad diagnóstica resultan más conveniente en un caso concreto. Porque entienden que, respetando el criterio previo, es a él a quien le corresponde individualizar la indicación. En general la responsabilidad –y, con ella, el compromiso en cuanto a la información y a la obtención del consentimiento– está ligada al grado de implicación en la toma de decisiones y, sobre todo, a la participación en la indicación o en la negativa de una prueba concreta. En esta línea, no resultaría razonable que un profesional asumiera (incluso de manera acertada) la capacidad de modificar o bloquear o retrasar la solicitud o la indicación de otro y, a la vez, considerara que él está exento de responsabilidades. En estos casos en que se cambia o se bloquea la propuesta inicial sería prudente evitar que el paciente se viera implicado en la disyuntiva del que promueve la técnica y del que no la ve adecuada (algo que suele asociarse, al menos, retrasos injustificados). En un escenario así, dar protagonismo e implicar en el problema al paciente –que carece de la capacitación para discernir y tiene la carga de la enfermedad y la esperanza de una buena atención– lo único que le genera es ansiedad, desconfianza y también cierto rechazo, de ordinario hacia el que “impide” que se le practique una intervención de la que se esperaría cierto beneficio. En estos casos lo

de la preparación necesaria (los sobres, la dieta, las molestias), la sedación durante el proceso y la demora hasta que lleguen los resultados. El médico que la va a llevar a cabo podría suministrar la información, incluso en la propia sala en la que se va a llevar a cabo esta colonoscopia, de en qué consiste –en términos generales–, de lo que va a notar, de que va a estar monitorizado y que es poco probable que haya problemas relevantes (tal vez detallando alguno), de cómo avisar en caso de que tenga dolor o se encuentre mal y de que tras la sedación no es aconsejable que conduzca.

ordinario debería ser que fuera un único profesional el que gestionara la información y el que explicara de una manera razonada el proceso, la toma de decisiones y los motivos que han llevado a la negativa. Solo en circunstancias muy concretas debería recibir dos informaciones con sus valoraciones contrapuestas.

Puede haber situaciones en que la recomendación haya surgido de un equipo, por ejemplo, de un comité interdisciplinar en el que es probable que participen tanto el médico responsable como también el experto que debería realizar el procedimiento<sup>10</sup>. En estos casos es importante que el propio comité defina no solo quién va a asumir la *gestión* de caso sino también la de portavoz para hablar con el paciente, comunicarle la decisión y explicarle los motivos.

## 5. Una propuesta: el consentimiento previo

Con la información al paciente y la obtención del CI hay un problema inicial que puede ser de actitud. Y el primer paso para afrontarlo es entender que se trata de una cuestión compartida y que puede salir adelante con un poco de buena fe y de colaboración. Es evidente que la mejor manera de evitar conflictos en este tema –que repercuten tanto en el paciente como en los profesionales– es llegar a un acuerdo previo entre los profesionales, los Servicios e incluso los hospitales que intervienen en el proceso; un acuerdo de consenso, no de imposición, que se fundamente en criterios éticos y que respete la normativa legal. De ordinario, lo más adecuado sería buscar el justo medio: evitar los extremos de pensar tanto que la información es una cuestión de un solo profesional donde los demás no participan como el de desentenderse del paciente y pensar que es un problema que afecta “a otro” y que es ese otro el que siempre debería asumir toda la responsabilidad.

La información es un proceso<sup>11</sup>. Estamos acostumbrados a que sea un proceso centralizado en una misma

10 Yara, L. Basta, YL., Bolle, S., Fockens, P., Tytgat, KM. «The value of multidisciplinary team meetings for patients with gastrointestinal malignancies: a systematic review». *Annals of Surgical Oncology*. 2017; 24: 2669-78.

11 Rubiales, AS., Martín, Y., del Valle, ML., Garavis, MI., Centeno, C. «Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable». *Cuadernos de Bioética*. 1998; 9: 45-54.

persona, el médico de referencia, en ocasiones con la colaboración de personas de su ámbito muy cercano, de confianza: enfermera, psicólogo... En los procesos compartidos, la información además de ser un proceso que se desarrolla en el tiempo es una actividad interdisciplinar en que se generan sinergias y colaboraciones en diferentes momentos y desde perspectivas complementarias, dirigidas todas ellas a ayudar al paciente. En este escenario es coherente que la información que se dé sea mixta –interdisciplinar y complementaria–, que integre las especialidades que participan y, sobre todo, que combine al profesional que deriva al paciente y al que lo atiende para llevar a cabo la técnica o el procedimiento específico que corresponda.

Así, el clínico debería dar una información previa sobre el motivo, las alternativas razonables (como grandes medidas, no en el detalle de las variantes de una misma técnica), las expectativas de resultado y, genéricamente, de los posibles problemas que pueden aparecer. Y, con ello, alcanzar un asentimiento inicial previo –un *preconsentimiento*–: el paciente está informado del plan y conoce de manera somera los objetivos y los riesgos. Y, en la medida que no manifiesta un rechazo claro ni dudas serias, no se opone a que se tramite la solicitud de ser derivado y acepta, en principio, que se le realice la técnica. En este *preconsentimiento* a veces el papel más relevante no es tanto el de informar con detalle y claridad sino el preparar *psicológicamente* al paciente, minimizar la angustia que le generan la prueba y el motivo que lleva a pedirla y, en cierto modo, que se sienta protegido, *cuidado*<sup>12</sup>, en un medio que le puede parecer extraño u hostil<sup>13</sup>. Por ello no parece prudente para este *preconsentimiento* emplear un (nuevo) documento específico ni solicitar una aceptación explícita por parte del enfermo. Tal vez se podría plantear que en el propio proceso de petición de la prueba se indique dentro del texto de la solicitud –tanto si es en soporte papel como si es digital– como una parte del contenido o como un apartado que sea preciso completar de manera sencilla –con una “equis” en una cuadrícula–,

que el paciente está informado y es consciente de manera somera de los objetivos y de en qué consiste la prueba o la técnica de que se trate y que no ha manifestado disconformidad con que se le haya solicitado.

Al técnico le correspondería confirmar la indicación y, con ello, completar la información: recordar cuál es la situación clínica específica que recomienda realizar la técnica (por ejemplo, el problema biliar que ha hecho que se solicite una CPRE, sin entrar demasiado en la situación global del paciente o en los problemas derivados de un síndrome icterico). Y también él le debería corresponder informar de los riesgos de la técnica, adaptados a la situación clínica y anímica del paciente. Si se trata de un tratamiento complejo (cirugía, quimioterapia...) es preciso pasar por un proceso previo de información personalizada en una consulta en que se ha explicado la indicación y la técnica y, si es caso, se ha obtenido el oportuno CI. Si es una técnica más sencilla, puntual, ambulatoria (como una prueba radiológica con contraste, una endoscopia o similar) puede ser suficiente que alguien del equipo complete la información de manera práctica y comprensible y obtenga la firma antes de realizar el procedimiento, un procedimiento que el paciente ya conoce, al menos, de manera somera porque ha recibido explicaciones previas (y, a veces, porque ya se le ha practicado previamente) y al que acude de manera consciente y voluntaria y a veces tras una preparación previa (tiempo de ayunas, toma de laxantes, hidratación...).

Probablemente, el médico que remite deba dar una información en que lo más relevante sea la indicación o conveniencia y, junto con ello, en qué consiste la técnica en sí. Y solo hacer referencia de manera secundaria a los posibles efectos secundarios. Una información que más que una firma en un documento de CI solo requeriría una aceptación tácita –una falta de negativa tras haberla escuchado y comprendido– junto con una anotación expresa en la historia clínica y, tal vez, en el impreso o en la pantalla de la solicitud. El técnico que va a conocer al paciente y a obtener el consentimiento poco antes de realizar la técnica debería centrarse más en qué consiste lo que va a realizar y en los posibles efectos secundarios y, probablemente, lo más adecuado sea que

12 Barón, F., Sanz, A. «Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor?». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(106): 321-327.

13 Bester, J., Cole, CM., Kodish, E. «The limits of informed consent for an overwhelmed patient: clinicians' role in protecting patients and preventing overwhelm». *AMA Journal of Ethics*. 2016; 18: 869-86.

no profundice en la propia indicación si, por así decir, él solo participa marginalmente en esta indicación. Y este consentimiento sí debería estar redactado y firmado si la técnica es intervencionista o con un riesgo razonable de daño relevante para la salud del paciente.

## 6. Conclusión

En la Medicina actual –fragmentada y superespecializada– cada vez son más frecuentes los procesos compartidos en los que un profesional solicita (y en algunos casos también indica) la realización de una técnica o un procedimiento diagnóstico o terapéutico y es otro especialista el que lo lleva a cabo. Es lógico que en este escenario con varios profesionales implicados se plantee quién, cómo y en qué momento del proceso debería obtener el CI del paciente.

Es importante entender estos procesos interdisciplinarios como un trabajo en equipo y no como una mera derivación de cargas, compromisos y responsabilidades. Por una parte, sigue siendo el médico que lleva a cabo la técnica y que, por tanto, mejor la conoce como procedimiento y mejor conoce el riesgo de efectos secundarios y el manejo de estas complicaciones, el que debería asumir el compromiso de informar de estas cuestiones. Y, por ello, de obtener el oportuno CI. Por otra parte, al entenderlo todo como un proceso compartido, también sería aconsejable que el médico responsable del seguimiento del paciente ya hubiese aportado una información elemental, más centrada en el motivo de la indicación, y que con ello se hubiese obtenido un consentimiento previo, un *preconsentimiento*. Y sería conveniente que dejase registro de esta información en la historia clínica añadiendo que el paciente acepta la derivación o, al menos, que no ha mostrado rechazo.

## Referencias

Barón, F., Sanz, A. «Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor?». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(106): 321-327

Bester, J., Cole, CM., Kodish, E. «The limits of informed consent for an overwhelmed patient: clinicians' role

in protecting patients and preventing overwhelm». *AMA Journal of Ethics*. 2016; 18: 869-86.

O'Leary, KJ., MS, Sehgal, NL., Terrell, G., Williams, MV. «Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement». *Journal of Hospital Medicine*. 2012; 7: 48-54.

Pradesa, J., Borràs, JM. «Debemos eliminar al taxista del comité de tumores». *Revista de Calidad Asistencial*. 2012; 27: 117-22.

Rodríguez Piñero, JE., Tabernero Duque, MJ., Rodríguez Calvo, MS. «Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España)». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29: 69-79.

Rubiales, AS., Martín, Y., del Valle, ML., Garavís, MI., Centeno, C. «Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable». *Cuadernos de Bioética*. 1998; 9: 45-54.

San Miguel, I., Larumbe, A., Chopitea, A., Centeno, C. «La coordinación de esfuerzos en casos clínicos complejos: un valor añadido de cuidados paliativos en un hospital universitario». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010; 33: 315-8.

Sanz Rubiales, A. *Cosas que he aprendido. Y muchas no están en los libros*, La Hojarasca, Madrid, 2020.

Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, ML., Fernández González, M., Ferreira Alonso, R. «Teoría y práctica del consentimiento informado». *Cuadernos de Bioética*. 2016; 27: 69-78.

Wiles, K., Nawal, B., Engward, H., Papanikitas, A. «Ethics in the interface between multidisciplinary teams: a narrative in stages for inter-professional education». *London Journal of Primary Care*. 2016; 6: 100-4.

Yara, L. Basta, YL., Bolle, S., Fockens, P., Tytgat, KM. «The value of multidisciplinary team meetings for patients with gastrointestinal malignancies: a systematic review». *Annals of Surgical Oncology*. 2017; 24: 2669-78.