

La comunicación en el consentimiento informado

Communication in the informed consent

Andrea Juliana Pico-Camacho¹, Neil Valentín Vega-Peña²

1 Médica, residente de Cirugía general, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

2 Médico, especialista en Cirugía general, coordinador Departamento de Cirugía, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Resumen

Introducción. El consentimiento informado es un elemento importante en la relación médico-paciente, que involucra la transmisión de un mensaje. En este contexto, se describe la teoría de la comunicación implícita en un consentimiento informado, las barreras para una transmisión adecuada del mensaje, la responsabilidad en la comunicación y los requisitos para el logro de estos propósitos. El objetivo fue analizar de forma reflexiva los procesos de comunicación surtidos y necesarios durante su diligenciamiento, con algunas propuestas factibles de implementar.

Discusión. El proceso comunicativo implica evaluar la calidad, el contexto, la intencionalidad, la pedagogía y la recepción-emisión del mensaje. La naturaleza de la actividad quirúrgica requiere el perfeccionamiento de la comunicación como una competencia necesaria en los cirujanos. Se señalan oportunidades de mejoramiento para una adecuada ejecución de esta habilidad no técnica, habitualmente no contemplada en la formación médica.

Conclusiones. El consentimiento informado es un acto que trasciende a la transmisión de la información y es el resultado de un proceso complejo, que involucra habilidades comunicativas. Su efectividad se deriva de una toma de decisiones respaldada por el entendimiento claro de la situación y del procedimiento a efectuar. Existen puntos críticos durante su realización que podrían ser objeto de intervenciones futuras, desde esta perspectiva comunicativa.

Palabras claves: consentimiento informado; comunicación; cirugía; ética médica; relaciones médico-paciente.

Abstract

Introduction. Informed consent is an important element in the doctor-patient relationship, which involves the transmission of a message. In this context, the theory of communication required in an informed consent, the barriers for an adequate transmission of the message, the responsibility in the communication, and the requirements for the achievement of these purposes are described. The objective is to reflexively analyze the assorted and necessary communication processes during its completion, with some feasible proposals to implement.

Fecha de recibido: 24/01/2022 - Fecha de aceptación: 15/03/2022 - Publicación en línea: 25/08/2022

Correspondencia: Neil Valentín Vega-Peña, Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chía, Colombia. Teléfono: +57 601 8615555. Dirección electrónica: neilvp@unisabana.edu.co

Citar como: Pico-Camacho AJ, Vega-Peña NV. La comunicación en el consentimiento informado. Rev Colomb Cir. 2022;37:554-62. <https://doi.org/10.30944/20117582.2147>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Discussion. The communicative process implies evaluating the quality, the context, the intentionality, the pedagogy and the reception-emission of the message. The nature of the surgical activity requires the improvement of communication as a necessary skill in surgeons. Opportunities for improvement are pointed out for an adequate execution of this non-technical skill, usually not contemplated in medical training.

Conclusions. Informed consent is an act that transcends the transmission of information and is the result of a complex process that involves communication skills. Its effectiveness derives from decision-making supported by a clear understanding of the situation and the procedure to be implemented. There are critical points during its realization that could be the object of future interventions from this communicative perspective.

Keywords: informed consent; communication; surgery; medical ethics; physician-patient relations.

Introducción

El momento de diligenciar el consentimiento informado se configura como un punto de inflexión en la atención médica al evidenciar un proceso claro y manifiesto de comunicación dentro de la atención en salud, que involucra una relación médico-paciente ¹. Adicionalmente, constituye un documento médico-legal donde queda explícita la autonomía del paciente, así como la confianza en el profesional y su equipo médico, en las instituciones y en el sistema de salud ².

El consentimiento informado es una obligación ética y legal antes de cualquier procedimiento invasivo y no invasivo, siendo un proceso complejo que ejemplifica un acuerdo de voluntades mediante un diálogo claro, sincero y bien intencionado entre el paciente y el médico, o cualquier otro integrante del equipo de atención, para la toma de decisiones conjuntas ³. Su alcance trasciende al simple hecho de informar y se constituye en un ejercicio de comunicación de doble vía que empodera el acto médico y expone los atributos de profesionalismo, de quien ejerce como un recurso humano calificado para contribuir en la recuperación de la salud del paciente ⁴.

De igual manera, su diligenciamiento en un formato al interior de la historia clínica, involucra habilidades en la transmisión del mensaje y de conceptos por parte del profesional, que deben adaptarse individualmente a la capacidad intelectual y emocional de cada paciente para su comprensión integral ^{5,6}. No obstante, a pesar de la existencia de un marco legal establecido y de una normativa institucional propia, este pro-

ceso no siempre logra el entendimiento claro de la información por el paciente, acorde con la intencionalidad, los contenidos, los alcances y la naturaleza de las acciones propuestas ⁷.

Su realización es transversal a todas las áreas de la medicina donde se haga una intervención como parte de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación en salud. Asimismo, sus eventuales debilidades son aspectos a considerar, en razón a la complejidad, los contextos de ejecución e incertidumbres propias de una cirugía ⁵.

El objetivo del presente documento fue analizar el consentimiento informado en cirugía como un ejercicio de comunicación entre los dos principales actores del sistema de salud, como lo son el paciente y el profesional, con el fin de identificar a la luz del conocimiento actual los posibles factores determinantes del éxito en el mismo, así como los eventuales focos de intervención para un mejor diligenciamiento.

Comunicación: la base del consentimiento informado

Habilidades de comunicación: la obtención del consentimiento informado en un ambiente universitario ha sido delegado frecuentemente a los residentes, aun cuando no sean ejecutores del procedimiento quirúrgico. Se asume para ello que las competencias de comunicación incorporadas desde su pregrado son adecuadas para lograr la transmisión del mensaje, de por sí complejo, relacionado con la naturaleza de la enfermedad, los riesgos, las alternativas de tratamiento y la toma de deci-

siones por parte del paciente y del médico ⁸⁻¹⁰. Sin embargo, no existe una metodología dentro de la formación médica, que capacite al residente para afrontar este importante momento en la relación médico-paciente.

El diligenciamiento de un consentimiento informado, de acuerdo con la teoría subyacente, requiere habilidades de comunicación con respecto al contenido, al proceso y a la percepción del mensaje. Las habilidades de contenido y de proceso son de naturaleza más personal, mientras que las habilidades de percepción son más intrapersonales ¹¹. En la figura 1 se ilustran los posibles contenidos de cada una de ellas, como parte de un consentimiento informado efectivo.

En consonancia con lo anterior, el proceso de adquisición de estas habilidades es complicado, requiere una curva de aprendizaje, debe estar en conformidad con la complejidad del procedimiento a efectuar, y necesariamente, debe contemplar el impacto en la vida de las personas, es decir, el consentimiento informado de una apendicectomía puede ser obtenido por un residente de primer año, el de una esofagectomía no. A la luz

de lo descrito, es claro que en la práctica clínica se subestima la comunicación como una habilidad no técnica en la formación de un médico a nivel de pregrado, al igual que durante el posgrado.

El consejo de Acreditación de Educación Médica Graduada de Estados Unidos (ACGME, por sus siglas en inglés), la reconoce como una de las seis competencias centrales esperadas y necesarias en la formación médica de un residente (*Core Competences*) ¹². Asimismo, el Comité Americano de Especialidades Médicas (ABMS, por sus siglas en inglés), incorpora estas competencias centrales como un requisito indispensable para el Programa de Mantenimiento de la Certificación Médica (MOC, por sus siglas en inglés) ¹³. En Colombia, existe un vacío en el tema que revela la necesidad de incorporar en el currículum de los programas de formación en cirugía, procesos de educación en comunicación y específicamente, en consentimiento informado. Las implicaciones médico-legales derivadas de su inadecuado o ausente diligenciamiento son indiscutibles. Potenciar esta competencia impactaría favorablemente en el futuro ejercicio profesional de un médico y, para el caso, de los cirujanos.

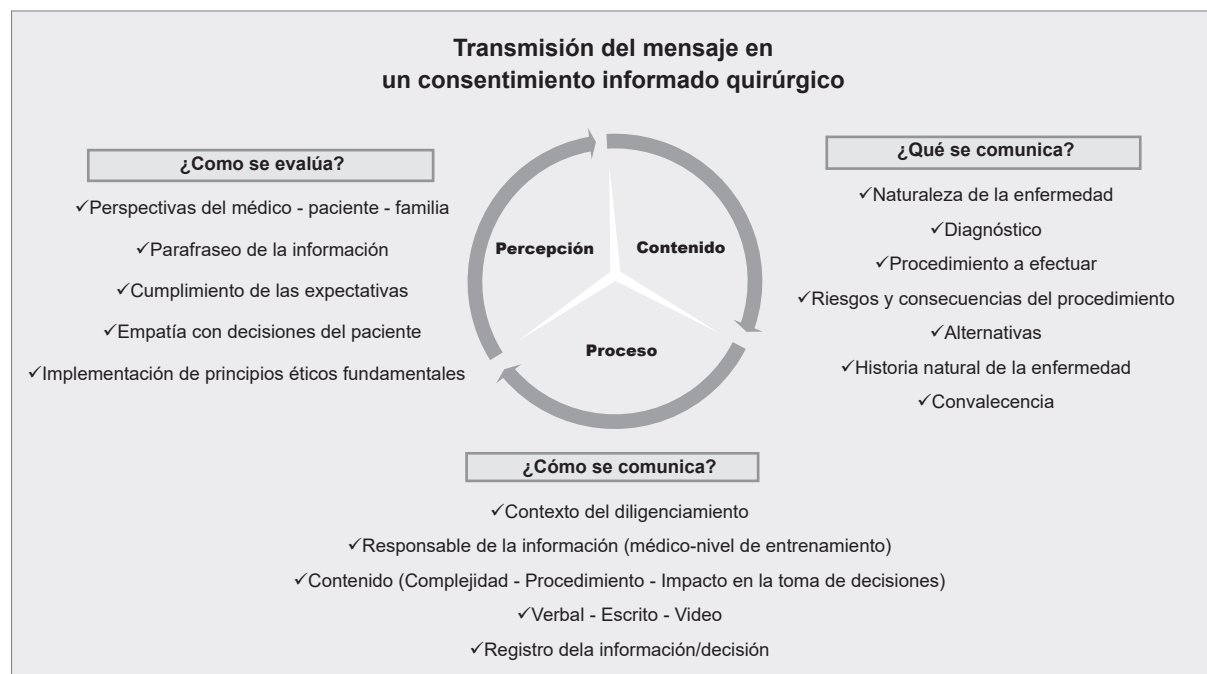


Figura 1. Transmisión del mensaje en un consentimiento informado quirúrgico. Creado por los autores con base en Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. Can J Neurol Sci. 2002;23-9.¹¹

Del “*shot put*” al “*frisbee*”: las dinámicas en la obtención del consentimiento informado exponen las habilidades en la comunicación por parte de los involucrados. Actualmente somos testigos de la evolución en dicho proceso. Inicialmente se consideró una transmisión unidireccional del mensaje, del médico al paciente, denominado como el “*shot put*”, enfocado en la comunicación de conductas quirúrgicas, en el caso de la cirugía, a un interlocutor pasivo, en un evidente “paternalismo médico”¹¹.

La insatisfacción en la comprensión del mensaje y un mayor acceso a la información por parte del paciente y su familia, junto con una creciente necesidad en la toma de decisiones de forma compartida, reconfiguró este “paternalismo médico” hacia una identificación recíproca, con un entendimiento consciente y mutuo del mensaje. Se propicia entonces, una comunicación constructiva de la relación médico-paciente en un modelo helicoidal y no lineal. Los pilares de este nuevo modelo son la interacción, la retroalimentación y la colaboración, por lo que se ha denominado como el “*frisbee approach*”¹⁴. Su incorporación dentro de la toma de decisiones en el proceso comunicativo se esquematiza en la figura 2.

El logro de una mínima identificación recíproca (*frisbee approach*) debe ser un resultado previsto de aprendizaje de una competencia en comunicación efectiva, desarrollada como un proceso que inicia en la formación de pregrado, se continúa y perfecciona en el postgrado o especialización y se consolida en el ejercicio profesional futuro. Constituye un elemento fundamental en la comunicación efectiva.

Barreras para un consentimiento informado efectivo

Las limitantes para un consentimiento informado efectivo en relación con la transmisión, la comprensión del mensaje y el registro del acuerdo de voluntades, pueden establecerse en diversos momentos de la interacción médico-paciente. El propósito de la transmisión adecuada de la información es un mecanismo de protección del personal de salud ante una eventual acción legal¹⁵.

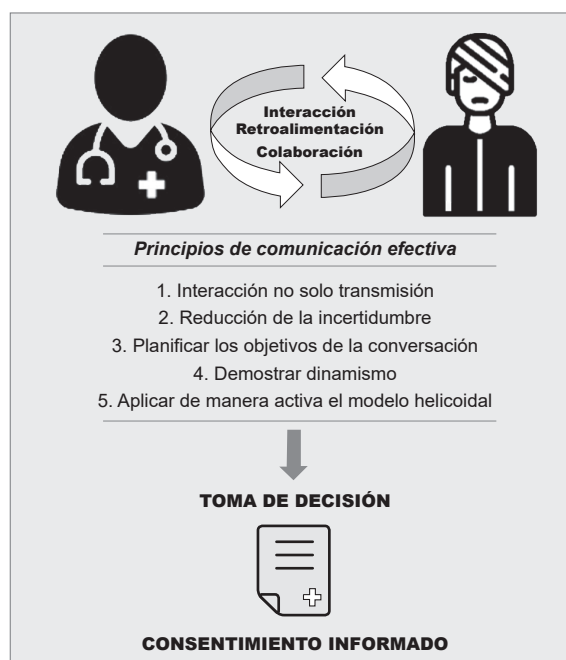


Figura 2. Modelo teórico actual de la comunicación en el consentimiento informado. Creado por los autores con base en Slim K, Bazin JE. From informed consent to shared decision-making in surgery. J Visc Surg. 2019; 156:181-4.¹⁴

La utilización de una terminología propia de un contexto académico y científico, discordante con el nivel sociocultural del paciente, constituye una poderosa barrera en el proceso¹⁶. Específicamente en el ámbito quirúrgico, se emplea un lenguaje técnico y se brinda una gran cantidad de información en corto tiempo¹⁷. Con esto se propicia una inadecuada entrega de la información y un aumento de condiciones negativas durante la interacción, como ansiedad e incertidumbre, que inciden en la autonomía del paciente¹⁰.

La información que se otorga al paciente influye en la recepción del mensaje, en términos de su comprensión y posteriormente, en la decisión final. Un énfasis en detalles técnicos o excesivos, puede relegar los puntos clave que deben ser comunicados¹⁸. Asimismo, un consentimiento general con información vaga puede suprimir detalles relevantes. El equilibrio entre la profundidad y la superficie del tema a informar hace parte de la competencia comunicativa esperada de un residente al final de su proceso formativo.

No obstante, vemos diariamente cirujanos altamente competentes desde el punto de vista técnico, pero con serias falencias en este aspecto comunicativo.

Los textos explicativos, los diagramas y los esquemas efectuados, contribuyen a potenciar la información que se otorga, facilitan su entendimiento, ilustran los posibles momentos críticos y el riesgo previsto en la cirugía. De igual manera, simplifican el paso a paso de una intervención y al ser plasmados en el documento firmado, certifican la intencionalidad del médico durante el proceso de comunicación¹⁹.

La verificación del mensaje transmitido y su comprensión se considera uno de los obstáculos principales para lograr un consentimiento informado efectivo^{20,21}. En España, se considera insuficiente la firma del documento al momento de consentir un procedimiento. Se debe demostrar la participación activa del paciente en el proceso de aceptación o negación de la propuesta médica¹⁵. En Colombia, aun cuando se exige la firma en el documento como certificación del acuerdo de voluntades, se aconseja dejar constancia en la historia clínica del proceso de interacción entre los firmantes, que refleje los propósitos de la intervención, la claridad en el mensaje y la comprensión del mismo²².

Este punto álgico es frecuentemente obviado y no se considera relevante. Por ello, es de ayuda una nota adicional en la historia clínica donde se certifiquen las condiciones de la entrevista y el propósito del consentimiento. Un ejemplo utilizado por los autores podría ser: *"Se informa al paciente y su familia, en lenguaje claro y sencillo, la naturaleza de su enfermedad, las alternativas de tratamiento, los posibles riesgos y los beneficios esperados con la intervención. Se aclaran dudas y se realiza esquema explicativo del procedimiento"*. La legislación en nuestro país recomienda y apoya fuertemente esta conducta²³.

Igualmente, es válido y útil el parafraseo por parte del paciente de la información brindada, que corrobora la efectividad del mensaje transmitido y se constituye en un indicador de resultado de la calidad del proceso comunicativo²⁰.

El contexto en el cual se diligencia el consentimiento influye en la forma como se percibe la

información por parte del paciente y sus familiares. En un escenario de urgencias ante una cirugía no planeada, el proceso comunicativo es altamente complejo debido a las condiciones propias de la atención: ansiedad e incertidumbre con respecto a su condición y al tratamiento quirúrgico inminente, y sus posibles complicaciones y pronóstico²⁴. De igual manera, el tiempo destinado para la toma de decisiones, la presión de la urgencia quirúrgica y una privacidad no propicia para los fines comunicativos, representan un panorama usual en estas situaciones²⁵.

Por otra parte, la transmisión del mensaje para la realización de procedimientos electivos plantea un escenario favorable para lograr los propósitos ya descritos²⁶. No obstante, cada paciente comprende e interpreta individualmente el mensaje de acuerdo con su condición sociocultural, las expectativas de la cirugía y la complejidad del procedimiento a efectuar, entre otros. De igual manera el uso de ayudas didácticas impacta en el propósito: lenguaje, recursos visuales como videos explicativos, fotografías, diagramas, así como la inclusión en la explicación de los familiares o acompañantes que participan en la decisión. Se ha demostrado que el tiempo total destinado al momento del consentimiento informado es el predictor más fuerte de la comprensión por parte del paciente²⁷.

La comunicación del riesgo como una responsabilidad individual

El entendimiento y la aceptación de un tratamiento quirúrgico por parte del paciente y su familia se fundamenta en la confianza generada tras la comunicación de los objetivos de la cirugía, explícito en el documento a diligenciar. Por lo tanto, es importante establecer canales de comunicación efectivos que faciliten la transmisión de un mensaje, de por sí complejo. Esto puede requerir de varias entrevistas con el paciente y su familia, así como las iteraciones necesarias con el fin de aclarar, en la medida de lo posible, las dudas e inquietudes normales previas a un acto quirúrgico. A mayor complejidad del procedimiento y del riesgo quirúrgico, este proceso es más exigente²⁸.

En nuestras instituciones vemos con frecuencia un proceso de atención en salud en donde el cirujano que realiza la consulta médica inicial y establece una conducta quirúrgica, no es el cirujano que ejecuta finalmente el procedimiento. Esto evidencia una posible “deshumanización en la atención médica”, constituye un factor de riesgo para eventuales problemas médico-legales y conlleva de forma implícita una aceptación de efectuar lo acordado con el paciente, aún en contravía del criterio quirúrgico de quien, al realizar el procedimiento, responde por su ejecución y resultados.

Es por esto, que quien diligencia el consentimiento informado y, por ende, registra desde su perspectiva el problema a resolver con su posibles alternativas y eventualidades, debe ser la misma persona que lo ejecuta. No es fácil controlar esta situación; sin embargo, debemos procurar no caer en la inercia propia de una cultura institucional inadecuada y riesgosa. Si no es posible, al menos, se debe cambiar el diligenciamiento del consentimiento y firmarlo nuevamente. La responsabilidad de una cirugía ante el paciente y la sociedad es del cirujano y no de la institución, y es indelegable e intransferible ²⁹. Cabe anotar que este contrato social, no termina con el cierre de la herida;

existe un deber de cuidado que trasciende al acto quirúrgico.

Un consentimiento informado efectivo

De acuerdo con lo expuesto, la efectividad en el consentimiento informado es directamente proporcional a la claridad en el proceso comunicativo entre el paciente y el médico. Este logro hace parte de una concientización del personal médico a todo nivel, con relación a su responsabilidad indelegable, su importancia y su adecuado diligenciamiento. Más allá de obtener la firma del documento, un residente de primer año no logrará un adecuado consentimiento informado por parte de un paciente que no entiende fácilmente la magnitud del procedimiento en el caso de una esofagectomía, pero con seguridad sí lo obtendrá en el caso de una apendicectomía.

Están descritos unos requisitos mínimos que deben ser considerados cuando es pertinente el consentir un acto quirúrgico. El *American College of Surgeons* (ACS) definió, independiente del procedimiento y su complejidad, los puntos comunes aceptados como fundamentales en un documento ³⁰ (tabla 1).

Tabla 1. Puntos comunes en el documento del consentimiento informado.

Con relación a los firmantes

Nombre del hospital donde se llevará a cabo el procedimiento
Nombre del procedimiento específico
Nombre del médico responsable que realiza el procedimiento y nombre del médico que realiza el consentimiento informado
Declaración de que se explicó al paciente todo lo relacionado con el procedimiento
Nombre y firma del paciente, o cuando sea necesario, del representante legal del paciente y del testigo
Fecha y hora en que se firma el formulario de consentimiento informado
Declaración, si corresponde, que los médicos que no sean el practicante operativo, incluidos, entre otros, los residentes, internos o estudiantes, realizarán tareas importantes relacionadas con la cirugía, de acuerdo con las políticas del hospital.

Con relación al procedimiento

Detalles de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico
Consecuencias de la falta de tratamiento
Riesgo de muerte
Complicaciones frecuentes
Riesgos y beneficios de la cirugía
Estancia hospitalaria y convalecencia luego de la hospitalización
Alternativas o más opciones de tratamiento incluyendo las no quirúrgicas

Creado por los autores con base en Long KL, Ingraham AM, Wendt EM, Saucke MC, Balentine C, Orne J, et al. Informed consent and informed decision-making in high-risk surgery: a quantitative analysis. *J Am Coll Surg*. 2021;233:337–45.³⁰

Con el fin de estandarizar y evitar inconvenientes por acción u omisión en el registro de la información, las instituciones diseñan e implementan formatos de consentimiento informado, los cuales son adaptados en las diversas situaciones quirúrgicas durante la atención médica y facilitan el ejercicio comunicativo. En líneas generales, procuran el diligenciamiento de los ítems descritos en la tabla 1. A pesar de lo anterior, es frecuente una omisión de varios de los puntos “indispensables”. Un estudio efectuado en Medellín, Colombia, documentó un incumplimiento en los ítems de un 64 % de los consentimientos informados que se diligencian en una institución promedio, con fallos atribuidos principalmente a la inadecuada identificación del médico que brinda información, la ilegibilidad del procedimiento y la ausencia de las firmas de las partes involucradas ²³.

Existen situaciones en donde un consentimiento informado genérico no explicita de manera adecuada la transmisión del mensaje con respecto a la complejidad, los riesgos, las alternativas y la naturaleza de la intervención a efectuar. Por esto, se han implementado documentos más específicos, con un contenido extenso y que denotan esta intencionalidad explicativa ³¹. Un ejemplo de lo anterior es evidente en cirugía bariátrica, cirugía cardiovascular, cirugía de trasplantes, cirugía en pacientes pediátricos (con respecto al encabezado, principalmente), procedimientos ginecológicos u obstétricos y procedimientos de neurocirugía, entre otros. En un proceso de estandarización de documentos institucionales, cabe la posibilidad de diseñar formatos específicos para cirugías de menor complejidad y mayor frecuencia como, por ejemplo, apendicectomías, herniorrafías y colecistectomías.

El avance de la tecnología y la migración hacia un formato de historia clínica digital ha incluido de manera más frecuente en este medio, el diligenciamiento y el archivo del consentimiento informado ²⁷. El registro de la información de manera física puede ser digitalizado y almacenado en una historia clínica institucional o ser diligenciado completamente de manera digital con la correspondiente firma electrónica por parte

del paciente. Los principios en estos formatos no difieren de la forma tradicional en la obtención del documento. Si bien, la intencionalidad en la comunicación del mensaje debe ser la misma, podría existir una percepción inadecuada por parte del paciente en cuanto al proceso, el análisis de la información y la seguridad de la información consignada. Lo anterior, especialmente, en el contexto de un nivel sociocultural básico. La efectividad en la comunicación en estos casos se constituye, en nuestra opinión, en un reto y tendría limitantes, especialmente al momento de efectuar gráficos y esquemas que ayudan al paciente y su familia en el entendimiento del procedimiento quirúrgico. Es un tema en evolución.

Conclusiones

La relación médico-paciente se basa en un ejercicio comunicativo que propicia una confianza y posibilita el actuar médico dentro de una intencionalidad de hacer el bien. La cirugía, particularmente, obliga a establecer un nivel superior en la comunicación ante la necesidad del entendimiento de los procesos y los resultados propios de un ejercicio médico complejo. El consentimiento informado es el registro del acuerdo de voluntades y la confiabilidad del paciente y su familia en el médico, en la institución y en el sistema de salud.

Aunque se considera una competencia obvia por parte de los médicos, la transmisión efectiva del mensaje no es un proceso fácil y requiere de una curva de aprendizaje propia de un entrenamiento continuo. El entendimiento de la importancia de su adecuado diligenciamiento como parte de este proceso, es un reto en la educación y en el ejercicio médico.

La incorporación de los fundamentos de la teoría de la comunicación en este momento del actuar médico facilita su entendimiento como una competencia que debe ser procurada continuamente, acorde con la complejidad de la información a transmitir.

El lograr una comunicación efectiva con el paciente, mejora necesariamente el diligenciamiento y la claridad en el consentimiento informado. Disminuye la probabilidad de una acción legal en un evento adverso y atenúa el

impacto de una eventual consecuencia desfavorable. Por lo anterior, es necesario una mejoría en este ejercicio de comunicación en un momento tan importante del cuidado de la salud.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: el presente estudio se adhiere a los lineamientos de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, y no requirió consentimiento informado ni aprobación por parte de un comité de ética dado que no involucra pacientes.

Conflicto de interés: los autores declararon no tener conflictos de interés.

Fuente de financiación: Los autores declararon no recibir financiación externa.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño del estudio: Andrea Juliana Pico-Camacho, Neil Valentín Vega-Peña.
- Adquisición de datos: Andrea Juliana Pico-Camacho, Neil Valentín Vega-Peña.
- Análisis e interpretación de datos: Andrea Juliana Pico-Camacho, Neil Valentín Vega-Peña.
- Redacción del manuscrito: Andrea Juliana Pico-Camacho, Neil Valentín Vega-Peña.
- Revisión crítica: Andrea Juliana Pico-Camacho, Neil Valentín Vega-Peña.

Referencias

1. Bagnall NM, Pucher PH, Johnston MJ, Arora S, Athanasiou T, Faiz O, et al. Informing the process of consent for surgery: identification of key constructs and quality factors. *J Surg Res*. 2016;209:86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.09.051>
2. Canadian Medical Protective Association. Helping patients make informed decisions.
3. O'Neill O. Some limits of informed consent. *J Med Ethics*. 2003;29:4–7.
4. Parvizi J, Chakravarty R, Og B, Rodriguez-Paez A. Informed consent: Is it always necessary? *Int. J. Care Injured*. 2008;39:651. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2008.02.010>
5. Jones JW, McCullough LB, Richman BW. A comprehensive primer of surgical informed consent. *Surg Clin North Am*. 2007;87:903–18. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.07.012>
6. Falagas ME, Korbila IP, Giannopoulou KP, Kondilis BK, Peppas G. Informed consent: how much and what do patients understand? *Am J Surg*. 2009;198:420–35. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.02.010>
7. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Assoc J*. 1995;152:1423–33.
8. Koller SE, Moore RF, Goldberg MB, Zhang J, Yu D, Conklin CB, et al. An informed consent program enhances surgery resident education. *J Surg Educ*. 2017;74:906–13. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.02.002>
9. Koller S, Goldberg MB, Doahai Y. Efficacy of a comprehensive educational program to improve surgical residents' comfort obtaining informed consent. *Sci Forum Abstr*. 2015;221:2015. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.07.108>
10. Meredyth NA, Melo Martin I. (Under) valuing surgical informed consent. *Am Coll Surg*. 2019;230:257–62. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.10.001>
11. Kurtz SM. Doctor-patient communication : Principles and Practices. *Can J Neurol Sci*. 2002;29:23–9. DOI:. <https://doi.org/10.1017/S0317167100001906>
12. Edgar L, Sydney McLean C, Sean Hogan MO, Hamstra S, Holmboe ES. Competency-Based Education and the Rationale for the Educational Milestones. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME): The Milestones Guidebook. 2020.
13. NEJM Knowledge+ Team. Exploring the ACGME Core Competencies: Professionalism.
14. Slim K, Bazin JE. From informed consent to shared decision-making in surgery. *J Visc Surg*. 2019;156:181–4. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2019.04.014>
15. Monsalve L, Wiesner C, Restrepo MH, Herrera JI. El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología (Colombia). *Rev Colomb Cancerol*. 2009;13:8–21. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70147-7](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70147-7)
16. Paling J. Strategies to help patients understand risks. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 2003;327:745–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7417.745>
17. McNair AGK, MacKichan F, Donovan JL, Brookes ST, Avery KNL, Griffin SM, et al. What surgeons tell patients and what patients want to know before major cancer surgery: A qualitative study. *BMC Cancer*. 2016;16:258. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2292-3>
18. Jukic M, Kozina S, Kardum G, Hogg R, Kvolik S. Physicians overestimate patient's knowledge of the process of informed consent: A cross-sectional study. *Med Glas*. 2011;8:39–45.
19. Sahyouni R, Mahmoodi A, Mahmoodi A, Rajaii RR, Hasjim BJ, Bustillo D, et al. Interactive iBook-based patient education in a neurotrauma clinic. *Neurosurgery*. 2017;0:1–8. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyx095>

20. Roberts KJ, Revenson TA, Urken ML, Fleszar S, Cipollina R, Rowe ME, et al. Testing with feedback improves recall of information in informed consent: A proof of concept study. *Patient Educ Couns*. 2016;99:1377–81. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.014>
21. Schenker Y, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Med Decis Mak*. 2020;40:119–43. <https://doi.org/10.1177/0272989X19896348>
22. Restrepo, Claudia P. Rodríguez L V. Análisis de la institución del consentimiento informado como obligación legal en Colombia entre 2016–2018 (Tesis de pregrado). Bogotá DC: Universidad de San Buenaventura; 2019;8:3–71.
23. Escobar López MT, Novoa Torres E. Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia. Problemas ético-legales y dificultades en el lenguaje. *Rev Latinoam Bioética*. 2015;16:14. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1439>
24. Kompanje EJO, van Dijck JTJM, Chalos V, van den Berg SA, Janssen PM, Nederkoorn PJ, et al. Informed consent procedures for emergency interventional research in patients with traumatic brain injury and ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2020;19:1033–42. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30276-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30276-3)
25. Perić O, Mišić M, Tirić D, Penava N, Bušić D, Tomić V. Patients' experience regarding informed consent in elective and emergency surgeries. *Med Glas*. 2018;15:179–85. <https://doi.org/10.17392/957-18>
26. Akkad A, Jackson C, Kenyon S, Dixon-Woods M, Taud N, Habiba M. Informed consent for elective and emergency surgery: Questionnaire study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2004;111:1133–8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00240.x>
27. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A, et al. Predictors of comprehension during surgical informed consent. *J Am Coll Surg*. 2010;210:919–26. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.049>
28. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A, et al. Enhancement of surgical informed consent by addition of repeat back: A multicenter, randomized controlled clinical trial. *Ann Surg*. 2010;252:27–36. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e3ec61>
29. De Brigard Pérez AM. Consentimiento informado del paciente. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2004;19:277–80.
30. Long KL, Ingraham AM, Wendt EM, Saucke MC, Balentine C, Orne J, et al. Informed consent and informed decision-making in high-risk surgery: a quantitative analysis. *J Am Coll Surg*. 2021;233:337–45. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.05.029>
31. Keulers BJ, Scheltinga MRM, Houterman S, Van Der Wilt GJ, Spauwen PHM. Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information. *World J Surg*. 2008;32:964–70. <https://doi.org/10.1007/s00268-008-9581-1>