

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA: ANÁLISIS DEL DISCURSO

Nom i Cognoms Gorka Rueda Luque

Màster Màster en Estudis del Discurs: Comunicació, Societat i Aprenentatge

Edició: 2021-2022

Directors: Rosa Estopà Bagot

Any de defensa: 2022

Col·lecció: Treballs de fi de màster

Departament de Traducció i Ciències del Llenguatge

*A mi profesora Rosa Estopà,
por su comprensión, su paciencia y su trabajo inspirador.*

*A Kaldi,
por haber descubierto el café.*

*A Vicente Ortigosa,
por haber desarrollado la nicotina.*

Han sido, sin lugar a dudas, mis tres pilares fundamentales en esta aventura a contrarreloj.

ÍNDICE

Introducción	1
Justificación, preguntas de investigación, objetivos e hipótesis	2
Estado de la cuestión	3
3.1. El consentimiento informado: evolución histórica, principio básicos, legislación y controversias	3
3.1.1. Evolución histórica	3
3.1.2. Principios básicos del consentimiento	5
3.1.3. Controversias con el CI	5
3.2. Cuestión a considerar: Health Literacy o Alfabetización de la salud	7
3.3. ¿Cómo mejorar la inteligibilidad informativa del CI?	11
3.4. Divulgación científica: estrategias discursivas de mejora	12
Metodología y corpus	12
4.1. Elaboración del corpus	13
4.2. Análisis cualitativo	14
4.2.1. La terminología médica: densidad terminológica y naturaleza del CI	14
4.2.2. Los aspectos sintácticos en los informes médicos	17
Análisis	20
5.1. Análisis de los aspectos léxico-terminológicos	20
5.1.1. Uso de términos y densidad terminológica	20
5.1.2. Uso de siglas, abreviaciones y símbolos	21
5.1.3. Uso de términos parafraseados	22
5.2. Análisis de los aspectos sintácticos	23
5.2.1. Modalidad textual	23
5.2.2. Extensión textual	24
5.2.3. Impersonalidad	25
5.2.4. Cohesión textual	26
5.2.5. Exposición discursiva	27
5.3.1. Los marcadores discursivos	27
5.3.2. La deixis personal	29
5.3.3. Actitud defensiva del texto	30
6. Discusión de los resultados y propuestas de mejora con ejemplos reales	31
7. Conclusiones y futuras líneas de investigación	34
7.1. Futuras líneas de investigación e implicaciones para la práctica clínica	35
Bibliografía	37
Anexos	40

Dades del TFG

Títol (ca): Consentiment informat de colonoscòpia: Anàlisi del discurs

Título (es): Consentimiento informado de colonoscopia: Análisis del discurso

Title (en): Informed consent of colonoscopy: Discourse analysis

Autor/a: Gorka Rueda Luque

Tutor: Rosa Estopà Bagot

Centre: Universitat Pompeu Fabra

Estudis: Màster en Estudis del Discurs: Comunicació, Societat i Aprenentatge

Curs acadèmic: 2021-2022

Paraules clau

PARAULES CLAU (ca)

Consentiment informat, colonoscòpia, discurs, divulgació.

PALABRAS CLAVE (es)

Consentimiento informado, colonoscopia, discurso, divulgación.

KEYWORDS (en)

Informed consent, colonoscopy, discours, dissemination.

Resum del TFG

RESUM

Al document de consentiment informat (CI) per a colonoscòpia se li suposa un acompliment determinat: transmetre informació al subjecte de tot allò concernent a l'estudi al qual aquest se sotmet, permetre la reflexió al mateix sobre el procés i prendre una decisió lliure i autònoma respecte al procediment. Malgrat que aquesta informació ha de ser entesa íntegrament pel pacient perquè es compleixi el principi d'autonomia i llibertat, els estudis demostren que no ocorre així a causa de factors discursius. Per això, en aquest treball es realitza una anàlisi d'aquells fenòmens discursius que suposen una barrera comunicativa informe-pacient i es proposen noves estratègies de redacció del CI cara a futures recerques que tinguin en compte la holisticitat del pacient.

RESUMEN

Al documento de consentimiento informado (CI) para colonoscopia se le supone un desempeño determinado: transmitir información al sujeto de todo aquello concerniente al estudio al que este se somete, permitir la reflexión al mismo sobre el proceso y tomar una decisión libre y autónoma respecto al procedimiento. A pesar de que esta información tiene que ser entendida en su totalidad por el paciente para que se cumpla el principio de autonomía y libertad, los estudios demuestran que no sucede así debido a factores discursivos. Por ello, en este trabajo se realiza un análisis de aquellos fenómenos discursivos que suponen una barrera comunicativa informe-paciente y se proponen nuevas estrategias de redacción del CI cara a futuras investigaciones que tengan en cuenta la holisticidad del paciente.

ABSTRACT

The informed consent (IC) document for colonoscopy is supposed to perform a specific function: to transmit information to the patient about everything concerning the study the patient is undergoing, to allow them to reflect on the process and to let them make a free and autonomous decision regarding the procedure. Although this information must be fully understood by the patient for the principle of autonomy and freedom, research show that this is not the case due to discursive factors. For this reason, in this paper those discursive phenomena that represent a communication barrier between the patient are analyzed and new strategies for writing the IC for future research that take into account the holistic nature of the patient are proposed.

Avis legal

Avis legal

© Gorka Rueda Luque, Universitat Pompeu Fabra, 2022. Tots els drets reservats. Cap contingut d'aquest treball pot ser objecte de reproducció, comunicació pública, difusió i/o transformació, de forma parcial o total, sense el permís o l'autorització del seu autor/de la seva autora.

Aviso legal

© Gorka Rueda Luque, Universidad Pompeu Fabra, 2022. Todos los derechos reservados. Ningún contenido de este trabajo puede ser objeto de reproducción, comunicación pública, difusión y/o transformación, de forma parcial o total, sin el permiso o la autorización de su autor/a.

Legal notice

© Gorka Rueda Luque, Pompeu Fabra University, 2022. All rights reserved. None of the content of this academic work may be reproduced, distributed, broadcasted and/or transformed, either in whole or in part, without the express permission or authorization of the author.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA: ANÁLISIS DEL DISCURSO

1. Introducción

El consentimiento informado (CI) es un proceso imprescindible previo a muchos tratamientos y estudios médicos para que estos puedan llevarse a cabo. Las colonoscopias, tanto las de estudio como las terapéuticas, precisan de un CI para que puedan realizarse mediante la autorización escrita de los pacientes. Su objetivo principal es transmitir información al sujeto de todo aquello concerniente al estudio al que este se somete, a saber, resultados esperados, riesgos, confidencialidad, autorización, etc. La firma del CI supone un requisito legal para dar validez al principio de autonomía y derecho de privacidad del paciente. De esta manera, la persona expresa que su participación en el estudio es libre. La firma del CI confirma que el sujeto ha decidido de manera voluntaria participar en el estudio, que ha entendido la información y que asume los riesgos del proceso. No obstante, esto no sucede siempre así.

La extensión y complejidad del CI comprometen su legibilidad y lo hacen difícilmente comprensible para los pacientes, hecho que pone en riesgo la libre decisión de estos, ya que la autorización se da dentro de un contexto en el que la persona firmante no ha entendido el contenido del texto en su totalidad. Asimismo, en muchas ocasiones, el documento se percibe como un instrumento que ofrece protección legislativa a los profesionales, a los cuales exime de responsabilidades, más que como un documento con información legible para que el usuario pueda decidir su participación en el tratamiento. La comprensión del CI por parte del lego podría darse a través de dos fenómenos: un aumento de la alfabetización en salud mediante herramientas de mejora de las capacidades comprensivas en cuestiones de salud, por parte de los pacientes, y una simplificación de los esquemas tradicionales de salud para mejorar la intercomunicación. En este segundo punto, el análisis del discurso del CI resulta crucial.

El CI de colonoscopia no está escrito en una lengua natural para el paciente. Existen numerosos estudios que revelan que hay un porcentaje elevado de pacientes que no entiende o recuerda el contenido del CI por diversos indicadores. De hecho, el proceso de lectura y

firma del CI supone una experiencia angustiosa para estos. A pesar de que el paciente pueda leer el texto, conozca la mayoría de palabras y estructuras sintácticas, no es capaz de comprenderlo.

El presente trabajo tiene por objeto hacer un análisis del discurso de CI de colonoscopia de diferentes hospitales españoles, estudiar cuáles son las características discursivas que pueden suponer una barrera para la legibilidad del mismo y proponer soluciones de redacción en el CI que faciliten la comprensión de su contenido, al mismo tiempo que se respete el efecto legal del documento.

2. Justificación, preguntas de investigación, objetivos e hipótesis

Durante el ejercicio de mi práctica enfermera, he vivido de primera mano la angustia que los participantes han experimentado al enfrentarse al contenido textual del CI previo a cualquier estudio médico. Esta ansiedad ha sido resultado de las dudas, el escaso tiempo ofrecido para la lectura del CI o la estructura discursiva del mismo documento, entre otros factores.

He optado por estudiar el CI de colonoscopia porque esta prueba es muy frecuente en España. De hecho, este examen médico es muy recomendado, desde la medicina preventiva, en población entre 50 y 69 años con una periodicidad de 10 años para población sana, o más frecuentemente en el caso de personas con antecedentes familiares de grado directo de cáncer colorrectal o con resultado positivo en pruebas de sangre oculta en heces (EES, 2020).

El cáncer de colon fue el cáncer más frecuente para 2020 en España, con un total de 44.231 nuevos casos, y el segundo para 2021, posterior al de mama. No obstante, las estimaciones sobre la incidencia del mismo para ese año no corresponden a la cifras reales por la pandemia de la COVID-19, según confirma la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica).

Con este trabajo, tengo el propósito de proponer un nuevo modelo de CI de colonoscopia que contemple la realidad cognitiva que rodea al paciente con el fin de ofrecer una mejora de la calidad asistencial en el desarrollo de lectura, comprensión y firma del CI. Entender el CI como un proceso meramente burocrático y redactado desde una perspectiva lingüísticamente

especializada no da respuesta a las necesidades del paciente, y hay diversos estudios que así lo avalan.

Esto conlleva a plantearse si el CI, tal y como está escrito, puede ser aplicable de manera igualitaria para toda la sociedad. La perspectiva del cambio en el discurso del CI tiene que tener en consideración la vulnerabilidad del paciente. El enfoque tiene que partir desde una perspectiva holística que tenga en cuenta los indicadores de alfabetización en salud de la población diana, condicionados por características sociodemográficas y socioeconómicas, con el objetivo de facilitar la intercomunicación entre instituciones sanitarias y pacientes.

Este trabajo tiene por objetivo estudiar cómo se transmite la información en ocho CI de colonoscopia de hospitales y clínicas españoles, tanto públicos como privados y de diferentes comunidades autónomas, así como analizar qué aspectos discursivos se utilizan para ello y observar si estos suponen una barrera comunicativa para el paciente y/o sus familiares. Finalmente, se proponen nuevas estrategias de redacción para el CI que contemplen dichos aspectos discursivos con el fin de mejorar la comunicación informe-paciente.

Por este motivo surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores discursivos influyen en la no comprensión del contenido textual por parte del lego? Y la siguiente subpregunta: ¿Cómo puede mejorarse la legibilidad del CI de colonoscopia?

3. Estado de la cuestión

3.1. El consentimiento informado: evolución histórica, principio básicos, legislación y controversias

3.1.1. Evolución histórica

El primer CI escrito se redactó en 1900 en Cuba, cuando Walter Reed lo solicitaba a los pacientes que estaban dentro de su estudio de fiebre amarilla. Más tarde, en 1947 el Código de Nuremberg estableció las pautas de conducta bioética dentro de las investigaciones clínicas: estas tenían que estar basadas en resultados experimentales previos con animales, justificadas por los resultados esperados y autorizadas por el paciente al que se

iba a someter a dicha investigación. La definición tal y como la conocemos hoy en día, “proceso por el cual un sujeto confirma de manera voluntaria su decisión en participar en un ensayo determinado, mediante el cual se le proporciona la información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico” aparece por primera vez en 1957 en el estado de California, EEUU, y supone un cambio de enfoque paternalista del que la medicina tradicional acostumbraba a disponer. La ley californiana incluía nuevos elementos clave en la elaboración del CI: propósito de la investigación, posibles consecuencias y daños, beneficios, riesgos y alternativas de la investigación. La autorización del paciente se convierte en un punto imprescindible de cualquier procedimiento clínico. Posteriormente, la Declaración de Helsinki de 1964 de la Asociación Médica Mundial (AMM), distinguió dos grandes grupos dentro de la investigación; la realizada con fines terapéuticos a enfermos y la que no tiene objeto terapéutico. En esta declaración se incluye un nuevo aspecto: el voluntario debe ser informado y puede retirarse en cualquier momento de la investigación, ya sea por el mismo o por tutores legales. En 1978, el Informe de Belmont sobre ética y medicina establece que el CI es el instrumento garantista del respeto a la persona y su principio de autonomía. Asimismo, un año antes, la Food and Drug Administration (FDA) de EEUU publicó las normas de buena práctica clínica que dan respuesta a la necesidad de proteger y garantizar la calidad y la protección de los derechos de los pacientes en la investigación clínica. Estas medidas se adoptan en Europa, cuyo cumplimiento es obligatorio desde 1991. En España, el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa incluyó en la jurisdicción española en el año 2000 nuevas condiciones para las investigación médicas: no deben existir alternativas de eficacia probada, los riesgos no pueden ser desproporcionados en relación a los beneficios, tienen que tener la aprobación de la autoridad competente, los sujetos tienen que ser informados de manera adecuada y han de autorizar su participación mediante un consentimiento escrito (Villamañán; Ruano; Fernández; Lavilla; González; Freire; Sobrino; Herrero, 2016).

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, establece que cualquier actuación relacionada con la salud necesita el consentimiento libre (CI) y voluntario de la persona afectada, después de que la información haya sido facilitada a la persona, incluyendo todas las opciones derivadas de la propia actuación. Esta ley determina que, incluso, algunos procedimientos requieren de dicho consentimiento por escrito (Guix; Balañà; Carbonell; Simón; Surroca; Nualart, 1999).

3.1.2. Principios básicos del consentimiento

La finalidad del CI es respetar y promover la autonomía del paciente al mismo tiempo que salvaguarda a este de los daños potenciales derivados de su participación en un ensayo clínico. En este sentido, el CI es un instrumento que protege a individuos que no disponen de conocimientos sobre medicina y que tienen derecho a decidir sobre lo que se hace con su cuerpo. La información, por lo tanto, debe ser veraz y de confianza. El CI no es simplemente un procedimiento de firma de un documento, supone una relación de información, comprensión y confianza entre el profesional sanitario y el paciente que culmina con la autorización del segundo. Por lo tanto, la información ofrecida tiene que ajustarse a los parámetros de comprensión del usuario y el médico tiene la obligación de poner los medios necesarios para que así ocurra. Esta información no puede ser estática, tiene que suponer un proceso gradual y continuo en el que el paciente recibe la información suficiente e inteligible de manera activa durante todo el tratamiento. El consentimiento dispone de los siguientes apartados básicos en su formulación: objetivos del estudio, metodología, descripción del tratamiento, beneficios, riesgos, acontecimientos adversos, tratamientos alternativos, voluntariedad y posibilidad de retirada, confidencialidad, compensación económica (en el caso de los no terapéuticos) e investigador responsable (Villamañán; Ruano; Fernández; Lavilla; González; Freire; Sobrino; Herrero, 2016).

Huelga mencionar que este proceso de autorización escrita no debe confundirse con el acto de consentimiento en sí mismo para cualquier actuación médica. El registro del consentimiento supone una garantía documental que determina que la información concerniente a la actuación ha sido ofrecida por el sanitario y entendida por el paciente. Coherentemente, el proceso de CI debe incluir conceptos tales como voluntariedad, información en cantidad y calidad adecuadas, competencia (alfabetización de la salud por parte del paciente), autenticidad (coherencia en relación a la escala de valores habitual) y validez (Guix; Balaña; Carbonell; Simón; Surroca; Nualart, 1999).

3.1.3. Controversias con el CI

La complejidad y extensión de los CI ponen en riesgo la comprensión completa de su contenido informativo por parte de los pacientes. En muchas ocasiones, el documento se

percibe como un instrumento que ofrece protección legislativa a los profesionales, a los cuales exime de responsabilidades, más que como un documento con información legible para que el usuario pueda decidir su participación en el tratamiento. La firma del CI confirma que el sujeto ha decidido de manera voluntaria participar en el estudio, que ha entendido la información y que asume los riesgos del proceso. No obstante, esto no sucede siempre así.

En el Hospital Clínic de Barcelona se llevó a cabo un experimento con 76 personas, en 2012, para medir el grado de inteligibilidad de 10 consentimientos informados de diversas índoles a través de un programa llamado Inflesz que evaluaba la dificultad de interpretación de los documentos con el método Suitability of Assessing Materials (SAM). Los datos se obtuvieron mediante encuestas y declararon que únicamente un 55,3% de los participantes habían leído el documento en su totalidad, de los cuales, solamente el 47,4% había entendido la información del CI. El porcentaje de comprensión era menor en personas mayores de 60 años, las cuales obtuvieron un grado de 30% de legibilidad según el método SAM. Entre las causas principales de falta de inteligibilidad se encontraron la falta de lenguaje llano en el discurso, ciertos tecnicismos y el tamaño de la letra. Asimismo, se observó que el enfoque defensivo del escrito dificulta la comprensión de la información, ya que supone un problema para el ejercicio de autonomía del paciente. Finalmente, un 92,1% de los encuestados consideró que la información escrita debía ser reforzada de manera oral por parte del profesional sanitario (Santiñà; Segura; Barranco, 2014).

En el Sector Sanitario de Reus, en 1999, se llevó a cabo otro estudio de manera telefónica a 314 pacientes de entre 18 y 75 años, que habían sido sometidos a procedimientos quirúrgicos en alguno de los dos hospitales del Sector, mediante un cuestionario de 12 preguntas que buscaba observar si el proceso del consentimiento había sido el adecuado. Dicho cuestionario se basó en la técnica de Patients' reports y fue validada previamente por un grupo de 20 personas ajenas al estudio. Asimismo, el encuestador era un profesional ajeno al equipo asistencial que había formado parte en las intervenciones de los pacientes. El estudio reveló que el 59,2% recordaban explicaciones sobre riesgos o complicaciones de la intervención a la que serían sometidos, un 9% no entendieron suficientemente lo que se les haría en la operación, y un 36% entendieron que el documento de consentimiento eximía a los profesionales de responsabilidades. Entre las variables del estudio, se determinó que el grupo de edad o la vía de ingreso (programado o de urgencia) suponían grandes diferencias estadísticas (Guix; Balañà; Carbonell; Simón; Surroca; Nualart, 1999).

El CI representa un documento fundamental en la práctica sanitaria que, desde el punto de vista de la bioética, puede tener dos consideraciones diferenciadas. Existe un posicionamiento que lo determina como un proceso únicamente burocrático o un instrumento legal necesario para poder tener acceso a determinadas opciones terapéuticas. De hecho, existen estudios que esclarecen que un 40% de los pacientes encuestados entienden el CI como el único medio de acceso a los tratamientos que así lo requieren, al cual se enfrentan con miedo por el discurso defensivo presente en el mismo. Asimismo, se concluye que el CI se ve como un instrumento que protege a los profesionales sanitarios frente a complicaciones que puedan surgir durante la praxis médica, quienes fuerzan a los usuarios a firmarlo sin tener en cuenta la comprensión total del contenido del informe. Este hecho, pone de manifiesto la falta de sentido ético e implicación social del formulario. Esta burocratización y extrapolación del CI resulta inapropiada y peligrosa, pues tiene un enfoque individualista con tintes impositivos. A su vez, existe otra corriente en bioética que considera el CI como un instrumento ético, planteado en relaciones de autonomía y justicia dentro de la comunidad a la que va dirigido. No obstante, a pesar de estar basado en un acto de voluntad, el CI requiere de una educación sanitaria de la que muchos pacientes no disponen, por lo que el acto de libre autonomía se ve afectado. Esto conlleva a plantearse si el CI, tal y como está escrito, puede ser aplicable de manera igualitaria para toda la sociedad. La perspectiva del cambio en el discurso del CI tiene que tener en consideración la vulnerabilidad del paciente. Esta supone la existencia de un agente clave que influye en la manera en la que el usuario se enfrenta al proceso de CI. Actualmente, este proceso se da a través de una relación asimétrica paciente-institución que no resulta nada azarosa, sino que viene determinada por diversos factores (alfabetización médica, pobreza, enfermedad, etc.) que niegan la libre decisión de la persona afectada en el proceso del CI. En este contexto, la transferencia de documentos burocráticos no resultan efectistas desde una perspectiva bioética, sino que únicamente consiguen resarcir el aspecto más legislativo del proceso. Por lo tanto, vedar la comprensión, elección y expresión de la voluntad del paciente no debería entrar dentro de los márgenes de la normalidad (De Ortúzar; Busdygan, Marquez ; Matus, 2010).

3.2. Cuestión a considerar: *Health Literacy* o Alfabetización de la salud

La capacidad que sirve para medir el conocimiento que tienen las personas para obtener, procesar y entender información relacionada con cuestiones de salud se llama alfabetización de la salud (AES) o *health literacy*, y sirve para poder tomar decisiones más adecuadas concernientes a la salud del propio individuo. La alfabetización de la salud incluye, entre otros, entender la información contenida en el CI, ya que los pacientes hacen frente a un documento con cierta complejidad informativa y a una situación que determina una opción terapéutica o tratamiento .

Un aspecto fundamental de la alfabetización en salud es que esta no depende únicamente del individuo y sus habilidades, sino que tiene que ser contextualizada en una situación concreta, ya que es el resultado de la interacción entre las demandas de la idiosincrasia de los sistemas de salud y las capacidades del sujeto. Un buen nivel de AES supone que el individuo es capaz de responder a todos los requerimientos pertinentes para una gestión responsable sobre su salud. Actualmente, la mayoría de estados tienen unas instituciones de salud que únicamente responden a ciudadanos motivados, competentes y responsables que encarnan una moralidad sobrevenida sobre el cuidado de sí mismos. Velar por la salud de uno mismo se ha convertido en una obligación moral en un escenario que, cada vez, limita más sus recursos (Guix; Balañà; Carbonell; Simón; Surroca; Nualart, 1999).

Es por ello, por lo que se planteó el proyecto HLS-EU en Europa, llevado a cabo por la Comisión Europea y 8 países (entre los que se encuentra España), con el fin de resarcir algunas carencias de la AES en el continente europeo. Este proyecto parte de la necesidad de documentar los datos sobre AES en los países europeos y desarrollar unos indicadores de vigilancia para monitorizar la UE y crear una red de AES. El estudio HLS-EU muestra que en la población encuestada existen correlaciones significativas entre la AES, la salud percibida y las características sociodemográficas y socioeconómicas de los encuestados, en función de su edad, situación laboral, nivel de educación y recursos financieros, de manera que aquellos más desfavorecidos presentan un nivel más bajo de AES (Falcón; Luna, 2012). En el proyecto se propuso la siguiente definición:

La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la

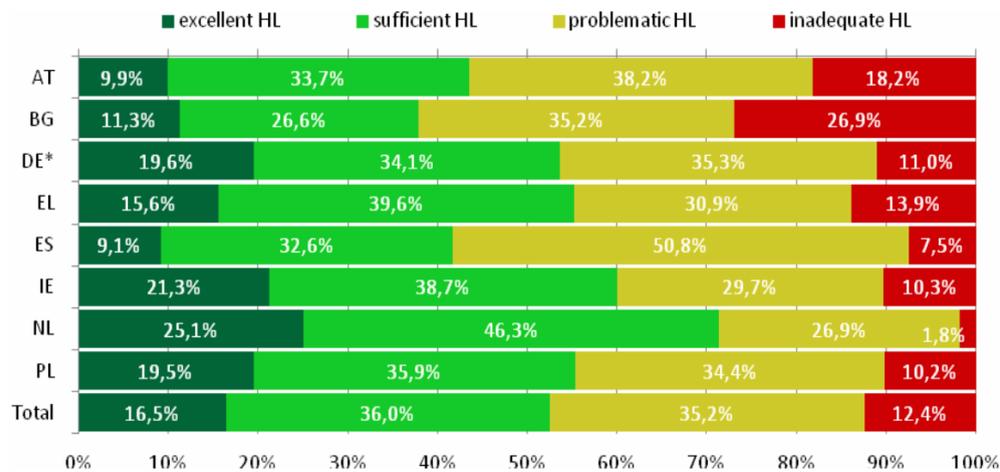
prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta. (Sørensen et al. 2012).

En una primera fase del proyecto, se realizó una revisión bibliográfica sobre las definiciones, marcos conceptuales y herramientas concernientes a la AES. De esta manera, se pudieron identificar las dimensiones de la AES para poder desarrollar, posteriormente, un modelo integrado de medida que tenga en consideración tanto el punto de vista médico-asistencial como el de salud pública en alfabetización en salud. La definición que se propone de AES tiene en consideración cuatro dimensiones referidas al procesamiento de la información sanitaria (acceder, entender, evaluar y aplicar) que se interrelacionan con tres niveles de dominio (atención y cuidado del enfermo, prevención y promoción de la salud). La combinación de las cuatro dimensiones y los dominios generan una matriz de 12 subdimensiones (Sørensen et al., 2012):

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply / use information relevant to health
Cure and care	Ability to access information on medical or clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
Health promotion	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

Los resultados obtenidos se mostraron en tablas que detallan el grado de AES y sus subtipos de cada país del proyecto HSU:

Porcentajes de los distintos niveles del índice de alfabetización general en salud en los 8 países participantes y en la totalidad de la muestra de HLS-EU.



0-25 puntos alfabetización en salud **inadecuada**, >25-33 puntos alfabetización en salud **problemática**, >33-42 puntos alfabetización en salud **suficiente** y >42-50 puntos alfabetización en salud **excelente**.

El gráfico anterior muestra que España presenta un porcentaje bastante reducido de casos de alfabetización inadecuada (7,5%), lo que supone un buen dato en comparación con otros países europeos, pero presenta, a su vez, un número elevado de casos de alfabetización problemática (50,8%). Este estudio manifiesta que España debe priorizar las necesidades de alfabetización sanitaria atendiendo a los casos tipificados como problemáticos.

La mejora de la AES precisa de un abordaje multisectorial y pluridisciplinar en el que se impliquen el ámbito educativo y sanitario, industrias farmacéuticas y de la alimentación, a través de medios de comunicación científicos y divulgativos, así como representaciones políticas. Un mutuo asesoramiento y la colaboración de todos los implicados resultan fundamentales para la mayor eficacia de las medidas que se adopten y, así, se incremente el nivel de AES en la sociedad diana. Debido a que las intervenciones son más eficaces si tienen el respaldo institucional, es preciso contar con el compromiso adecuado para que se faciliten los cambios de conducta. Las actuaciones sobre la AES, con el fin de brindar una mejora de la atención, el cuidado, la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tiene que enfocarse desde dos perspectivas: interviniendo directamente en pacientes para que aumenten sus habilidades en cuestiones de salud y, por otro lado, simplificando el sistema sanitario para que ese sea más accesible, abreviando las imposiciones de AES y mejorando la comunicación e información en salud. En definitiva, es preciso adaptar la AES de manera bidireccional, esto

es, mejorando las capacidades de los pacientes a la vez que se simplifican los esquemas tradicionales en salud para mejorar la intercomunicación (Falcón; Luna, 2012). Cabe preguntarse, en este punto, qué concepto de CI debemos adoptar, de qué manera se puede democratizar y cómo puede hacerse accesible a cualquier usuario. El CI tiene que lograr cumplir las máximas de bioética y legalidad, redefiniendo su concepción de autonomía, derecho de salud y privacidad con una perspectiva de igualdad de oportunidades.

3.3. ¿Cómo mejorar la inteligibilidad informativa del CI?

Existen numerosos estudios que valoran las medidas de mejora para la comprensión del CI. Entre los factores que facilitan una mejor comprensión de la información se encuentran la redacción sencilla del discurso, el acortamiento de la longitud del texto o el uso de un lenguaje estándar. En definitiva, la simplificación del texto es directamente proporcional a la comprensión del mismo. Además, es importante señalar que muchos estudios avalan que existen factores extratextuales que resultan indispensables para la mejor comprensión del texto como la comunicación persona-persona, el mayor empleo de tiempo o la interacción con otras medidas de apoyo, a saber, material multimedia. De hecho, uno de los mayores factores en detrimento de la inteligibilidad del texto subyace en el proceso de obtención del CI que, por lo general, se da al mismo tiempo que el médico propone la participación en el estudio. Asimismo, huelga mencionar que la simplificación del texto favorece la comprensión de otras personas ajenas al tratamiento o estudio, como pueden ser familiares del paciente. En principio, estos documentos deberían de ser breves (con palabras y frases cortas), claros (evitando ideas plurinterpretables) y concisos, con un contenido que evite el tono alarmista, que contenga un lenguaje con el que el paciente esté familiarizado, que esté ajustado al nivel cultural del destinatario, que anime al paciente a consultar a otros profesionales, que lo haga conocedor de otras alternativas y que verifique que el paciente ha entendido la información (Villamañán; Ruano; Fernández; Lavilla; González; Freire; Sobrino; Herrero, 2016).

Las revisiones del discurso del CI tiene que tener en cuenta todos estos elementos al mismo tiempo que contemplen todos los aspectos requeridos en la legislación vigente para que paciente no quede desprotegido legalmente.

3.4. Divulgación científica: estrategias discursivas de mejora

La comunicación médica concierne a todo tipo de interacciones tanto escritas como orales que se producen en torno a un tema médico. Por lo tanto, el discurso médico queda restringido por el tema y en él se producen unos mensajes específicos de variables comunicativas determinadas que están socialmente legitimadas. El CI es un ejemplo de género textual escrito en medicina y presenta unas peculiaridades específicas: presenta una estructura cognitiva que pretende reflejar un enfoque determinado a través de estructuras discursivas relacionadas con el propio tema.

Como cualquier otra forma discursiva, la divulgación no es una práctica objetiva, neutra o desvinculada de personas e intereses; por el contrario, es el resultado de la negociación entre sus interlocutores. La divulgación de un texto especializado como el CI se enfrenta a la dificultad de hacer comprender a un público lego unos datos que pertenecen a un registro y un marco referencial muy especializado. La ciencia se representa a través de marcos conceptuales y un sistema lingüístico específico que construye su discurso a través de denominaciones verbales y no verbales al que solamente un sector con conocimiento sobre el tema tiene acceso real (Cassany; López; Martí, 2000).

En relación a ello, resulta imprescindible reelaborar los métodos expresivos para que el CI para colonoscopia sea accesible para las personas legas en la materia. Existen, así, diferentes estrategias discursivas que podrían textualizar el CI teniendo en consideración la falta de familiaridad del paciente y/o sus familiares.

El discurso divulgativo se caracteriza por presentar sendas características de textos especializados y generales así como sus formas discursivas. Así, el discurso general presenta rasgos tales como secuencias narrativas, presencia de definiciones, descripciones, aclaraciones discursivas, metáforas de complemento, anáforas de complementos o ejemplificaciones, cuyo uso resulta residual en la mayoría de los textos científicos (Cassany; López; Martí, 2000).

4. Metodología y corpus

El objetivo principal de este trabajo es analizar cómo se transmite la información en el CI de colonoscopia y, sobre todo, estudiar qué fenómenos discursivos se utilizan para hacerlo. Resulta de interés realizar el estudio desde un punto de vista que contemple los aspectos lingüístico-comunicativos relacionados con el discurso. Para ello, se ha realizado un análisis cualitativo con el objetivo de identificar qué aspectos discursivos, presentes en el CI, pueden suponer un obstáculo para el paciente. Este estudio se ha llevado a cabo en una recopilación de 8 CI de colonoscopia de diferentes hospitales y clínicas españoles, tanto públicos como privados.

4.1. Elaboración del corpus

Los documentos se han obtenido, en su mayoría, gracias a la colaboración de enfermeras colegas que trabajan en los hospitales a los que los distintos CI pertenecen. Asimismo, se ha realizado una búsqueda a través de Google para buscar consentimientos de otras CCAA, al no obtener respuesta alguna por parte de los hospitales cuando se ha hecho la petición del documento vía telefónica. Los documentos son muy diferentes entre sí: tienen una extensión que va desde 2 páginas hasta 7 y, por lo tanto, presentan un número de palabras diferente; aunque la macroestructura textual divide los apartados por párrafos con información diferenciada entre ellos, algunos presentan títulos precedentes a estos párrafos que anticipan el contenido parrafal o enumeran cada apartado en formato lista; los CI de todos los hospitales cumplen con los apartados pertinentes de cualquier tipo CI (objetivos del estudio, metodología, descripción del tratamiento, beneficios, riesgos, acontecimientos adversos, tratamientos alternativos, voluntariedad, posibilidad de retirada y confidencialidad) pero en distinto orden; están impresos en color o en blanco y negro; y algunos presentan imágenes explicativas del procedimiento de colonoscopia. Por último, todos disponen de un apartado para la firma y revocación del consentimiento situado al final del documento.

La siguiente tabla muestra las diferentes variables presentes en cada uno de los CI:

Tabla 1

Comparación entre los CI para colonoscopia y sus elementos extratextuales

Texto	Centro	Ext.	Co.	B/N	Imág.	Tít.	Enu.
Anexo 1	Osakidetza Bajo-Deba Donostia	3	✗	✓	✗	✓	✓
Anexo 2	SEDE	3	✓	✗	✓	✗	✗
Anexo 3	H. General de Ciudad Real	2	✗	✓	✗	✓	✗
Anexo 4	Clínica Quirón la Floresta	2	✓	✓	✓	✗	✓
Anexo 5	H. Universitario de La Princesa	4	✗	✓	✗	✓	✗
Anexo 6	SAS (Andalucía)	7	✗	✓	✗	✓	✗
Anexo 7	Atención Primaria Talavera	2	✗	✓	✗	✗	✓
Anexo 8	H. Universitario Guadalajara	2	✗	✓	✗	✓	✗

Nota: Ext.: Extensión de hojas. Co.: Color. B/N: Blanco y negro. Imág.: Imágenes presentes. Tít.: Títulos presentes. Enu.: Enumeraciones presentes

4.2. Análisis cualitativo

Para la aproximación cualitativa del estudio se han establecido unos indicadores discursivos que, estando presente en el CI, pueden suponer una barrera comunicativa para el paciente y sus familiares. Para el análisis de estos indicadores discursivos se tuvieron en cuenta los aspectos léxico-terminológicos, sintácticos y pragmáticos en base a estudios previos realizados sobre legibilidad y lenguaje especializado (Estopà, 2020):

4.2.1. La terminología médica: densidad terminológica y naturaleza del CI

Las unidades terminológicas se utilizan para representar y comunicar el conocimiento médico de una manera muy específica. La terminología, desde un punto de vista pragmático-lingüístico, resulta compleja y representa el principal obstáculo comunicativo entre el lenguaje médico y el paciente.

Los términos son unidades léxicas que, en un contexto comunicativo determinado, otorgan un valor especializado muy preciso y conciso a un texto, en este caso, en el ámbito de la medicina. Esto permite una gran adecuación lingüística para explicar cualquier realidad concerniente a la salud y la enfermedad. Existen términos que no resultan desconocidos para el lego (*sistema digestivo, reacción alérgica, infección, etc.*) y que presentan una transparencia semántica; otros que, aun siendo conocidos por el paciente (*perforación, biopsia, parada cardio-respiratoria*), precisan de conocimientos en medicina para su correcta definición; y otros totalmente opacos semánticamente para cualquier persona que no dispone de la formación pertinente en la materia (*ileoscopia, flebitis, impactación instrumental*). La terminología médica es el resultado de la influencia de varias lenguas clásicas, a saber, el árabe, griego o latín, por cuestiones histórico-demográficas. De hecho, los términos médicos se fundamentan en un conjunto de formantes grecolatinos y representan el 80% del léxico médico: *pancreatitis, hemorragia, diagnóstico, etc.* Asimismo, aparecen nuevas palabras de origen inglés o alemán en la actualidad, como resultado de nuevos experimentos llevados a cabo en regiones geográficas cuyas lenguas son las mencionadas (Estopà, 2020).

El léxico médico pretende ser preciso, neutro y conciso ya que se fundamenta en una ciencia que así desea serlo. No obstante, el lenguaje varía de registro dependiendo la situación comunicativa y los componentes que conforman a esta. De hecho, huelga recordar que el léxico médico no pertenece únicamente a la comunidad científica sino que es utilizado por toda la población general como recursos para expresar aspectos concernientes a la salud y la enfermedad. Gutierrez Rodilla (2004) explica que la medicina se fundamenta en un intercambio comunicativo entre varios actores que tienen un fin común: recuperar el bienestar perdido a través de encuentros conversacionales y escritos que van más allá de textos especializados, debates médicos o congresos (Estopà, 2020).

El análisis terminológico desde una perspectiva cognitiva demuestra que los términos médicos no son unívocos sino que presentan, en numerosas ocasiones, relación sinonímica o polisemia. Existen, así, realidades idénticas designadas con diferentes unidades terminológicas que son muestra de la sinonimia existente (*cáncer, tumor maligno, neoplasia, neoplasia maligna, carcinoma, tumoración maligna, neoplasia con signos de malignidad*); y términos médicos que, aun siendo idénticos, expresan realidades semánticas diferentes (en el caso de las siglas AVM: *ácido vanililmandélico; adriamicina, vomblastina, y mitomiciona,*

quimioterapia; área valvulo-mitral, área valvular mitral). Asimismo, aparecen diferentes grados de formalidad en los términos médicos (*azúcar/glucosa*), apocopaciones por economía lingüística (*traumatología/trauma*), variaciones diatópicas (*mascarilla/nasobuco*) o impropiedades léxicas (*estetoscopio/fonendoscopio*) que dificultan la comprensión por parte de los pacientes y que provocan en estos consecuencias negativas. A pesar de que los manuales de terminología médica presuponen que el léxico médico es neutro y conciso, este sufre variaciones porque forma parte del lenguaje natural. Existe también una variedad estructural en la terminología que se presenta de manera simple (*intestino, vena*), derivada (*infección, perforación*), culta (*biopsia, endoscopia, flebitis*), compuesta (*quimioterapia, cardioversión*) o siglas (*VIH, PCR*). Desde el punto de vista de la transparencia semántica, aparecen términos de fácil comprensión (*exploración, intestino, diagnóstico*); otros deducibles por la información que ofrecen en su construcción (*parada cardio-respiratoria*) o porque el usuario está familiarizado con parte del contenido terminológico (*pancreatitis*); algunos difícilmente deducibles sin un conocimiento previo del término y su significado (*ileoscopia, flebitis, divertículos, diverticulitis*) y otros altamente opacos como las siglas (*FV, GOT, HbA1c1*).

El consentimiento informado de colonoscopia es un medio escrito para una situación comunicativa médica específica. El contenido tiene gran importancia para la información del paciente y para asegurar un amparo legal al profesional que realiza la exploración. La terminología que se utiliza en un documento como este resulta imprescindible para transmitir un conocimiento de la medicina preciso; de hecho un texto científico no podría redactarse sin terminología ya que esta tiene una función descriptiva de la realidad médica que se pretende expresar. El texto se vehicula y se explica a través de unidades terminológicas cuyo uso es imperante para referirse a algunas enfermedades, sustancias o regiones anatómicas (Navarro, 2019). En este punto, huelga mencionar que existen estudios que determinan que el uso de unidades terminológicas está íntimamente relacionado con el conocimiento sobre un tema especializado. La comunidad científica conoce estos términos, los contextualiza, y puede transferir información a través de ellos. No obstante, la población general que carece de formación académica al respecto se ve obstaculizada por una barrera que les impide comprender la realidad médica en cuestión. Por ello, ante un consentimiento informado con densidad terminológica especializada elevada, el paciente se ve obligado a realizar un esfuerzo cognitivo relevante que repercute en su estado de salud mental directamente (Estopà, 2020).

El texto de un informe médico es de carácter expositivo y, debido a ello, presenta un grado alto de nominalización y poca presencia de verbos; lo que repercute directamente en que exista una mayor densidad terminológica. Asimismo, el carácter y la naturaleza de redacción de este documento no permiten un gran número de conectores, los cuales favorecerían la coherencia textual. Las oraciones son yuxtapuestas en su mayoría y los diferentes datos ofrecidos no parecen tener relación entre ellos; se capta la posibilidad de establecer silogismos. Apenas existen oraciones subordinadas que expliquen el contenido de las oraciones principales, ni aparecen incisos aclaratorios, paréntesis explicativos o parafraseos que ayuden a la comprensión del contenido por parte del lego.

4.2.2. Los aspectos sintácticos en los informes médicos

La epistemología de los informes médicos se apoya principalmente en un argumento que no explica las relaciones de causa-efecto de los hechos presentados. En este sentido, el CI se caracteriza por transmitir la información a través de secuencias descriptivas empíricas de los datos que ofrece. La estructura de la información es formal, con predominancia de secuencias descriptivas que exponen los hechos de manera empírica. Al carecer de una conexión entre los diferentes elementos informativos, la dominancia descriptiva sirve de molde para la presencia de datos científicos que no permiten la discutibilidad. En la mayoría de los CI, no se ofrece información sobre los efectos adversos, no aparecen estructuras explicativas que puedan favorecer al lector una comprensión del porqué de los efectos secundarios, simplemente se nombran. Presentar las características una detrás de otra manifiesta que la disciplina científica presenta una ideología que se basa en la recopilación, almacenamiento y asimilación de los datos.

A pesar de que los estudios sobre la sintaxis en texto médicos determinen que no existe gran diferencia entre esta y la utilizada en texto con lenguaje común, existe evidencia de que la sintaxis de los textos científicos sirve de vector para transmitir la información de manera neutra, concisa e impersonal (Estopà, 2020). Asimismo, este tipo de textos se caracterizan por presentar una sintaxis compleja, con oraciones largas, yuxtapuestas en su mayoría, con escasa subordinación y falta de conectores. Referente al orden oracional, este presenta una normalidad lógica en su estructura.

4.2.3. Los aspectos pragmáticos del CI de colonoscopia: marcadores discursivos y deixis personal

La pragmática estudia la producción e interpretación de los enunciados y observa el valor que el emisor da a las frases para establecer una relación con el destinatario. En esta relación comunicativa, el destinatario debe reconstruir el sentido, a partir de los marcadores discursivos añadidos por el emisor, con el objetivo de entender la intención del mensaje. En este contexto, se tienen en cuenta varios aspectos: los interlocutores, los aspectos lingüísticos y la situación comunicativa. Esto es, el receptor del mensaje no tiene únicamente en cuenta los valores léxico-gramáticos (Portolés, 2016).

El CI de colonoscopia es un instrumento de comunicación en el lenguaje médico que contiene información concisa y objetiva. No obstante, hay que tener en cuenta que el destinatario, en muchas ocasiones, es lego en la materia y tiene que reconstruir el mensaje del informe con sus competencias pragmáticas, lo que repercute de manera negativa en la comunicación. El CI de colonoscopia es la herramienta comunicativa por la cual el profesional sanitario no solamente informa al paciente sobre el proceso al que este va a ser sometido, sino que se protege a sí mismo sobre las consecuencias que el paciente pudiera experimentar tras la colonoscopia.

En este sentido, resulta interesante observar cuáles son los marcadores discursivos utilizados en el CI y cómo se emplea la deixis personal. Asimismo, es propio analizar aquellos aspectos que muestran una actitud defensiva en el texto ya esto supone una barrera para el paciente, al permitir que este se plantee que el objetivo del documento sea únicamente blindar de manera legal al profesional sanitario, en el caso de que existan complicaciones postcolonoscopia.

Se han clasificado los marcadores discursivos en diferentes grupos por su función pragmática y son los siguientes (Portolés, 2016):

1. *Estructuradores de la información: Estos marcadores permiten regular la organización informativa de los discursos. Se trata de unidades que, pese a relacionar distintos miembros del discurso, carecen de significado argumentativo, es decir, no introducen, por ejemplo, una conclusión contraria o una consecuencia de lo dicho previamente.*

2. *Los conectores: Son marcadores discursivos que vinculan semántica y pragmáticamente un miembro del discurso con otro miembro anterior o con una suposición contextual fácilmente accesible. El significado del conector proporciona una serie de instrucciones argumentativas que guían las conclusiones que se han de obtener del conjunto de los miembros relacionados.*
3. *Los reformuladores: Se trata de marcadores que presentan el miembro del discurso en el que se encuentran como una nueva formulación —esto es, como otro modo de contar lo que se quería decir— de aquello que se pretendió comunicar con un miembro del discurso previo.*
4. *Los operadores discursivos: Son aquellos marcadores que por su significado condicionan las posibilidades discursivas del miembro en el que se incluyen o al que afectan, pero sin relacionarlo necesariamente con otro miembro anterior.*

El fenómeno deíctico establece interrelaciones entre gramática y pragmática ya que son las formas deícticas las que se utilizan para referenciar las coordenadas espacio-temporales y personales que se utilizan en el discurso. Estas formas son diferentes a cada lengua y cultura y se desarrollan durante la adquisición de la competencia comunicativa dando lugar a la deixis social (Vicente, 1994).

Las expresiones deícticas se interpretan en relación a un elemento de enunciación (emisor, destinatario, coordenadas espacio-temporales, etc.). La teoría de la enunciación subraya que el centro deíctico parte del emisor, al ser este quien organiza el discurso desde su campo referencial. Dependiendo del factor contextual que se señale, las formas deícticas se diferencian en diversas categorías gramaticales: temporal, espacial, discursiva, personal y social. En este trabajo, nos centraremos en el estudio de las tres últimas.

La deixis personal se expresa con pronombres personales, posesivos y morfemas verbales, estos últimos debido a la elipsis del sujeto tan habitual en el español; la discursiva, se aprecia en pronombres demostrativos anafóricos; y la deixis social que, desde la pragmática lingüística, estudia la relación social entre los interlocutores y utiliza formas de tratamiento

que marcan el papel de de cada participante del discurso (Diccionario de términos clave de ELE, Instituto Cervantes).

5. Análisis

5.1. Análisis de los aspectos léxico-terminológicos

5.1.1. Uso de términos y densidad terminológica

Los CI estudiados tienen una media de 1211 palabras en su contenido. Entre los textos del corpus, cinco de ellos presentan un número de palabras por debajo de la media (lo que favorece la lectura del documento). En relación a la densidad terminológica, se ha realizado un recuento manual en cada uno de los documentos para comprobar la densidad terminológica de cada uno, en relación al número total de palabras, expresado en porcentaje:

Tabla 2

Comparación entre textos por recuento de palabras y densidad terminológica

Documento	Nº de palabras	Nº de términos	Densidad terminológica
Anexo 1	1868	110	5,88%
Anexo 2	1001	38	3,79%
Anexo 3	962	45	4,67%
Anexo 4	894	50	5,59%
Anexo 5	2043	47	2,3%
Anexo 6	1559	48	3,07%
Anexo 7	592	34	5,74%
Anexo 8	775	40	5,16%

Existen estudios preexistentes sobre densidad terminológica que sitúan el grado de terminología entre 9% y 21,5% para textos jurídicos, y entre 10% y 18,6% para textos sobre genómica (Estopà, 2020). A pesar de que la concentración de términos en los CI para

colonoscopia del corpus estudiado sea baja, es preciso señalar que existen apartados en los que los términos se concentran en su mayoría y diluyen la legibilidad textual.

Ejemplo:

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación del colon.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,.....) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:

5.1.2. Uso de siglas, abreviaciones y símbolos

En el corpus estudiado podemos encontrar un escaso uso de siglas y símbolos, y ausencia total de abreviaciones. Solamente uno de los casos aparece seguido de una aclaración, lo que ayuda al paciente a comprender el significado. Por el contrario, el resto de siglas y símbolos carecen de explicación que pueda hacer deducible su significado por el destinatario lego:

Tabla 3

Representación de siglas y símbolos en cada texto

Documento	Sigla o símbolo	Significado	Recurso utilizado
Anexo 1	URPA	Unidad de Reanimación Postanestesia	Aclaración
Anexo 3	CO2	Carbono dióxido	Inexistente
Anexo 4	(1/2000)	Frecuencia de riesgo	Inexistente
Anexo 4	(0,3-1%)	Frecuencia de riesgo	Inexistente
Anexo 5	TAC	Tomografía axial computarizada	Inexistente
Anexo 5	mm	Milímetros	No procede
Anexo 5	cm	Centímetros	No procede
Anexo 8	(1-2%)	Frecuencia de aparición	Inexistente

Anexo 8	(>1%)	Frecuencia de aparición	Inexistente
---------	-------	-------------------------	-------------

A pesar de que la relevancia de siglas o símbolos sea escasa, huelga destacar que los recursos discursivos utilizados para establecer una buena comunicación con el destinatario y hacerle comprender el significado son prácticamente inexistentes.

Ejemplo:

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables frecuentes como dolor y distensión abdominal, mareo o reacción vagal; otros efectos poco frecuentes como perforación (1/2000), más frecuente tras polipectomía (0.3-1%) y reacciones medicamentosas o efectos indeseables raros como hemorragia (más frecuente tras polipectomía), aspiración bronquial, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

En el anterior ejemplo, ambos símbolos, utilizados en la nomenclatura médica para establecer los criterios de frecuencia, quedan totalmente aislados de los atributos a los que acompañan.

5.1.3. Uso de términos parafraseados

El número total de términos existentes en los documentos del corpus analizado asciende a 412 y la media de la densidad terminológica general se sitúa en un 4,25%. Como se ha mencionado anteriormente, la presencia de términos especializados en relación a otros tipos de textos médicos es escasa. No obstante, los recursos utilizados para suplir esta barrera comunicativa también lo son. Entre los términos analizados, podemos observar que solamente 41 contemplan una explicación de su significado. Asimismo, el CI con mayor número de aclaraciones y explicaciones terminológicas es el del SAS (Servicio Andaluz de Salud). Un dato que no es casual pues Andalucía tiene una escuela de pacientes muy comprometida que trabaja conjuntamente con el SAS.

Ejemplo:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La exploración a la que usted va a someterse se denomina colonoscopia y consiste en la exploración del recto y del colon (intestino grueso) e incluso los últimos centímetros del intestino delgado. Se realiza con un tubo flexible que se introduce por el ano. El tubo (endoscopio) lleva un sistema de iluminación y una cámara. Sirve para el diagnóstico de enfermedades que afectan al intestino grueso así como para el tratamiento de algunas de ellas.

En el ejemplo anterior se puede observar cómo el término colon se sitúa dentro del hiperónimo intestino grueso, ya que el colon presenta diferentes partes anatómicas; y cómo al endoscopio se le denomina “tubo con iluminación y cámara” para hacer más fácil de entender su definición.

5.2. Análisis de los aspectos sintácticos

El análisis sintáctico se ha organizado atendiendo a los siguientes parámetros:

- Modalidad textual
- Extensión textual
- Impersonalidad
- Cohesión textual
- Exposición discursiva

5.2.1. Modalidad textual

Desde el punto de vista sintáctico predominan, pues, las oraciones yuxtapuestas que no explicitan las relaciones lógicas entre los hechos. Estos se presentan como una sucesión de datos que suceden de manera desconectada. De esta manera se evita presentar la relación causa-efecto de los efectos adversos. El tiempo verbal más empleado es el del presente de indicativo. En el texto aparecen ilocutivos declarativos que no precisan de reforzadores textuales. Si bien se pretenden mostrar como asertivos, los enunciados en sí declaran una categoría real a los hechos que se describen, lo que los convierte en declarativos.

Ejemplo:

¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes de cualquier enfermedad gastrointestinal que padezca o haya padecido el paciente (especialmente si ha habido alguna cirugía abdominal previa). También debe informar al médico que realizará la prueba sobre su vida basal, la presencia de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier tipo, existencia de prótesis o marcapasos y medicaciones que esté tomando actualmente. Tanto la exploración como la sedación suelen ser bien toleradas por el paciente.

En este fragmento se puede observar que las oraciones son de carácter yuxtapuesto, no explican el motivo por el cuál el paciente tiene que informar al médico sobre lo que se le demanda (lo que provoca que los datos solicitados no tienen interrelación entre ellos), no existe un efecto causa-consecuencia que haga entender al paciente la importancia de la cesión de sus antecedentes. En este ejemplo, la secuencia textual es totalmente descriptiva y los ilocutivos son declarativos.

5.2.2. Extensión textual

El CI presenta una extensión variada, desde 2 a 7 páginas dependiendo del hospital. El texto se presenta con una superestructura, esto es, un texto organizado con una secuencia parrafal o numérica específica que no permite una manera diferente de ser leída. Así, el lector se encuentra ante un texto que no permite interpretabilidad. Los textos presentan una media de 5-6 párrafos, salvo los que tienen una extensión superior a dos hojas. Las oraciones suelen ser largas y presentan pocos verbos. El promedio de palabras es de 1211, pero existe una gran diferencia entre centros hospitalarios que oscilan entre 600 y 1500, aunque hay textos de hasta 2043 palabras. Huelga mencionar que el tamaño de la letra no resulta atractivo para la lectura y se aprecia una densidad textual importante a primera vista, aunque es superior a un milímetro y medio y se presenta de manera clara, salvo en algunos casos.

Ejemplo:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

La colonoscopia es una técnica muy segura. Las complicaciones suelen ser leves y sin repercusión alguna. Estas son: dolor abdominal, sudoración, hinchazón o distensión abdominal y reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como polipeptomías, destrucción de lesiones con calor, gas argón o láser, dilataciones o colocación de prótesis.

El fragmento anterior pertenece al anexo 6 que, además de ser uno de los textos con mayor número de palabras (1559), presenta una diferenciación en el tamaño de sus letras, a pesar de que la información detallada en letra pequeña sea relevante para el usuario.

5.2.3. Impersonalidad

Por lo general, el informe médico se redacta en tercera persona y de manera impersonal, sin referentes al emisor, quien adquiere categoría de narrador omnipresente. No se presenta el contexto y se genera un efecto de universalidad de los hechos que parecen independientes del contexto. A su vez, la impersonalidad textual otorga objetividad al texto enunciado. Los verbos, salvo excepciones, presentan una forma no personal (Martin, 1991). No obstante, los documentos del corpus presentan tanto estructuras impersonales como personales en su redacción.

En la mayoría de los CI analizados encontramos formas impersonales en el apartado que explica el procedimiento de la prueba, salvo en el ejemplar propuesto por la SESCAM (anexo 2) que presenta todo su discurso en primera persona del singular.

Ejemplo:

- El médico me ha informado que como alternativa a la colonoscopia existen otras técnicas, como los estudios radiológicos del colon y la cápsula endoscópica del colon. He tenido la oportunidad de comentar estas alternativas con el médico habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el procedimiento más adecuado.

Asimismo, todos los CI comparten el uso de la primera persona del singular en la declaración y firma del consentimiento.

Ejemplo:

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA

Además, existe un uso mixto de estructuras personales e impersonales en la mayoría de documentos que alternan el tratamiento de usted, el de primera persona y el impersonal (terceras personas) en los apartados diferentes a la declaración.

Ejemplo:

5. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir| tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
6. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada [redacted]) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como [redacted].

5.2.4. Cohesión textual

Los CI analizados carecen de estructuras anafóricas o repeticiones. Este fenómeno es fruto del predominio de una relación oracional yuxtapuesta que evita la ambigüedad de lo referido. Apenas aparecen oraciones subordinadas que dependen del núcleo de otra oración ni

tampoco conectores textuales. Los párrafos y oraciones redactados se expresan con ideas diferenciadas entre sí sin ningún tipo de relación entre ellas.

Ejemplo:

3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando su pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido o extirpación (polipectomías, biopsias o citología) para su análisis histológico, citológico o microbiológico.

5.2.5. Exposición discursiva

El contenido oracional se describe de manera clara y lógica. Se respeta el orden tradicional del castellano de SVO (sujeto, verbo, objeto), tanto en oraciones con voz activa como pasiva:

Ejemplo:

CÓMO SE REALIZA:

La exploración se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. La duración de una colonoscopia es variable, pero en total suele ser de unos 30 minutos. Para que la tolere mejor se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

5.3. Análisis de los aspectos pragmáticos

5.3.1. Los marcadores discursivos

De acuerdo con la clasificación de los marcadores discursivos realizada por Portolés (2016) se ha dibujado la siguiente tabla para observar cuáles son estos marcadores y qué frecuencia de aparición tienen en los textos del corpus analizado:

Tabla 4

Tipos de marcadores discursivos en los textos y frecuencia

Clasificación	Ejemplo	Frecuencia
---------------	---------	------------

Estructuradores	antes de	1
	una vez	3
	durante	4
	previamente	3
	posteriormente	1
	anteriormente	1
	después	7
	TOTAL	20
Conectores	y	265
	ya que	4
	ni	4
	incluso	1
	además	7
	puesto que	1
	asimismo	1
	así como	4
	en consecuencia	3
	como consecuencia	1
	pero	6
	aunque	3
	TOTAL	
Reformuladores	ya sea	1
	en cualquier caso	3
	en caso de	9
	del mismo modo	1
	TOTAL	14
Operadores discursivos	de hecho	2

	TOTAL	2
Total		337

El número total de marcadores, en el conjunto de todo el corpus, asciende a 24 y han aparecido 337 veces. Teniendo en cuenta que el número total de palabras es de 8919, la frecuencia de uso de marcadores discursivos es de 3,77%. En este sentido, podemos observar que existe una baja tendencia del uso de conectores en los textos de CI para colonoscopia estudiados. El porcentaje de frecuencia sería aún más bajo si no se contabilizarán tantas conjunciones copulativas *y*, cuya presencia supera con creces la del resto de conectores. De hecho, se puede observar que el mayor número de marcadores discursivos pertenece al grupo de los conectores. Por el contrario, los marcadores operadores del discurso son el grupo con menor representación en los textos estudiados.

Los marcadores conectores aparecen a lo largo de todo el consentimiento informado y no se determina ninguna concentración de los mismos en algún apartado específico del texto.

5.3.2. La deixis personal

El CI de colonoscopia pertenece al género textual del informe médico, al cual se le presupone una objetividad que está relacionada con la impersonalidad. No obstante, en el análisis de algunos textos se pueden observar tanto el uso de la primera persona del singular (anexo 2) o el uso del pronombre *usted*, así como los sendos morfemas verbales correspondientes.

La deixis de la primera persona del singular aparece marcada a través de pronombres, posesivos y morfemas verbales en todos los CI, únicamente en el apartado de la declaración y firma, y a lo largo de todo el documento del anexo 2.

Ejemplo de la declaración:

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.

Las formas impersonales con la forma de tratamiento *paciente* son muy frecuentes en todos los documentos, salvo en el anexo 2, en los apartados de explicación de la prueba y en el de los “Riesgos y complicaciones”. Asimismo, el anexo 1 presenta la peculiaridad de presentar una impersonalidad continua durante todo el contenido textual salvo en el apartado de “Complicaciones y riesgos” en el que referencia de manera directa al interlocutor a través de morfemas y pronombres personales de tercera persona del singular (usted).

Ejemplo:

RIESGOS Y COMPLICACIONES

- A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como mareo, hemorragia, perforación, dolor e hipotensión.
- Excepcionalmente, pueden presentarse durante la exploración arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico.
- Asimismo, existe un mínimo riesgo de mortalidad.
- Por su situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:

El anexo 2 es el único CI que opta por apelar al destinatario de manera directa a través del uso de la primera persona del singular a lo largo de todo el texto.

Ejemplo:

- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ La técnica consiste en examinar el colon con un colonoscopio introducido por el ano. El médico me ha explicado que siempre que no concurra una situación de urgencia, previamente a la intervención deberé proceder a una limpieza intestinal mediante la toma de un laxante. La técnica consiste en, estando el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se procederá a la introducción anal del endoscopio progresando por el colon, examinando la capa interna de la pared. Tal y como se ha dicho, si durante la exploración se visualizan zonas anómalas, se pueden tomar muestras de tejido (biopsias o citología) y/o cuando proceda, determinados tratamientos como la extirpación de pólipos (polipectomía).

5.3.3. Actitud defensiva del texto

El Comité de Ética y Transparencia en la Relación Médico-Industria (CETREMI) de la Academia Nacional de Medicina Mexicana establece que CI debe servir como un instrumento de defensa legal para el profesional ante posibles reclamaciones o demandas. Se establece, así, una serie de contenidos que informan al paciente y familiares sobre la aceptación de un procedimiento que implica riesgo. Se alerta al paciente sobre los riesgos y complicaciones, para que este adquiera responsabilidad sobre las eventualidades adversas que pudieran surgir durante el proceso como una manera de proteger al médico. Este enfoque tiene características defensivas y, tal y como se ha comprobado en estudios previos, supone una barrera comunicativa para el paciente ya que este intuye que el verdadero fin del CI es, precisamente, el de cubrir al equipo sanitario. De esta manera, la información pertinente a todo el proceso y la enfermedad queda relegada a un segundo plano (Celis et al., 2018).

Ejemplo:

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

6. Discusión de los resultados y propuestas de mejora con ejemplos reales

Del análisis de los documentos estudiados se concluye que persisten recursos discursivos excluyentes, a pesar de que existan investigaciones que denuncien la barrera comunicativa informe-paciente que estos suponen.

Si bien es cierto que la densidad terminológica total de cada documento no es alta, huelga destacar que esta sí lo es en el apartado de “Riesgos y complicaciones”. *Grosso modo* no existen, además, recursos para paliar el impacto comunicativo de la terminología así como de los símbolos que aparecen a lo largo del texto. Existen recursos de parafraseo o aclaraciones de algunas siglas o términos, pero no representan el significado de la mayoría de términos. Entre los textos estudiados, se puede determinar que el CI propuesto por el SAS es el que mayor número de aclaraciones terminológicas presenta.

Existen también términos especializados que no son necesarios y que podrían sustituirse por aquellos de uso general: la posición *decúbito*, la cual podría ser reemplazada por *posición lateral*; la *distensión abdominal* por *hinchazón y malestar abdominal*, *rectorragia* por *hemorragia rectal*; *reacción vagal* por *síncope vagal*, etc. Asimismo, aparecen ambigüedades léxicas que podrían evitarse.

Ejemplo:

medicamentosas o efectos indeseables raros como hemorragia (más frecuente tras polipectomía), aspiración bronquial, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, **depresión** o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

En el anterior ejemplo aparece la *depresión* como una complicación intra y postanestésica que, sin lugar a dudas, puede llevar al paciente lego a confundir la *depresión respiratoria* (la cual no siempre conlleva parada respiratoria) por la *depresión psiquiátrica*. En este caso podría intercambiarse el orden de depresión y parada para que el término ambiguo estuviera más próximo al atributo respiratorio: *parada o depresión respiratoria*.

La problemática comunicativa de la sintaxis textual viene dada por una hegemonía yuxtapuesta presentada en todo el texto. Los ilocutivos declarativos junto a una secuencia totalmente descriptiva alejan al paciente del contenido textual. Aparecen oraciones seguidas unas de otras, sin integración o cohesión entre ellas, que no explican el motivo o razón de su mensaje. Se observa cómo en los apartados de “Preparación” se alerta al paciente sobre la importancia de hacer conocer al sanitario los antecedentes médicos o el hecho de estar limpio de heces, aunque no se explica el motivo por el que se ha de hacerlo el cual ayudaría a este a entender la lógica de la petición y así retener mejor la información.

Ejemplo:

Para conseguir una adecuada valoración del colon debe estar totalmente limpio de heces, por lo que se le debe entregar una hoja adjunta con la preparación que debe hacer. Es importante que informe al médico y a la enfermera de alergias conocidas o reacciones previas a medicamentos, enfermedades importantes que padezca y medicamentos que tome de forma habitual.

Ejemplo mejorado (anexo 2):

He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, alergias y enfermedades. El médico me advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.

Los documentos tienen una media de 2 hojas, siendo la segunda la que alberga el contenido de la declaración y firma. Existen otros como el del SAS o el de la Comunidad de Madrid que presentan una mayor cantidad de hojas que impactan directamente en la voluntad de lectura del paciente; a mayor número de hojas mayor posibilidad de no retención. Además, existen formatos con imágenes o impresión a color que atraen la atención del interlocutor y hace que este pueda asimilar mejor la información.

A pesar de que no existan recursos cohesivos intraoracionales, resulta importante destacar que la lógica oracional es la natural en español, SVO, la cual favorece la lectura del documento sin mucho detenimiento.

Los recursos pragmáticolingüísticos como la presencia de pocos marcadores textuales o formas impersonales suponen también una barrera comunicativa. La falta de marcadores textuales suponen una falta de reactivación de frases anteriores, por lo que la coherencia queda diluida. Resultaría más fácil memorizar un concepto que sea importante a través de la reiteración con marcadores discursivos anafóricos, aditivos o causales. Asimismo, una deixis personal congruente y continua a lo largo del texto podría acercar más al paciente al contenido textual porque este se sentiría apelado de manera directa. A excepción del anexo 2 que mantiene una deixis de primera persona del singular continua a lo largo del texto, el resto de textos presentan apartados con diferentes deixis personales. De hecho, resulta llamativo cómo únicamente se utilizan deícticos de primera persona del singular, tanto pronombres como morfemas verbales, en el apartado de “Declaración” de todos los textos, pero no en apartados como “Complicaciones” o en los que se explica el procedimiento.

La actitud defensiva del texto supone un impedimento para la memorización del contenido del texto ya que resulta alarmante para el paciente. Las preocupaciones de los pacientes sobre complicaciones y efectos no deseados se multiplican si perciben la sensación de que, al tener

conocimiento sobre ello, pueda existir cierta exención de responsabilidad para el profesional sanitario. Es importante mencionar que el CI tiene validez legal y la información pertinente a ello tiene que aparecer. Sería interesante estudiar el efecto de dicha información si esta estuviera al principio del documento, ya que aparece al final y es más probable que el paciente la recuerde más fácil; o evitar repetirla más de una vez para que no se interpretara como información preocupante para el interlocutor.

7. Conclusiones y futuras líneas de investigación

Los recursos discursivos utilizados en el CI para colonoscopia hegemónico suponen una barrera comunicativa informe-paciente. En este trabajo se ha podido estudiar cómo, en base a trabajos previos sobre legibilidad para el público lego, estas estructuras textuales siguen presentes en todos los CI estudiados. El uso de terminología, una sintaxis específica o ausencia de rasgos textuales propios del discurso general, entre otros, tienen que ser complementados con otros recursos que ayuden a la mejora de la comprensión de este tipo de textos. Los principales problemas de los textos de CI para colonoscopia son la sintaxis y la falta de conectores, esto es, los aspectos más discursosintácticos. A pesar de que la legibilidad del texto también se vea diluida por aspectos como la terminología médica, consideramos que esta no resulta el verdadero obstáculo, salvo en apartados en los que se concentra, para la comprensión del contenido textual.

Un enfoque que tiene en consideración la vulnerabilidad del paciente y/o familia desdibuja las barreras comunicativas a través del uso de formas textuales mixtas (científica y general) y daría lugar a un texto compensado para el destinatario lego. En este punto, es importante considerar también que el CI para colonoscopia, al tratarse de un documento legal, tiene que seguir presentando un mínimo de significación científica puesto que la supresión total de esta supone una importante pérdida de información (Cassany; López; Martí, 2000).

Los estudios previos sobre legibilidad del CI sugieren que estos informes presentan una tendencia generalizada sobre la falta de recursos de aproximación del contenido textual al paciente lego. De hecho, dichos estudios determinan que los rasgos discursivos de estos tipos de texto especializados resultan representativos de la disciplina científica; esto es, son hegemónicos. Una nueva propuesta mixta para el CI de colonoscopia propone una ausencia

de uniformidad discursiva y alterna elementos de ambos géneros (especializado y general), tanto léxico-sintácticos como pragmáticos o de registro. De hecho, naturalizar más el texto para el paciente repercute de manera positiva en su alfabetización en salud. Recursos tales como la explicación o la inserción de aclaraciones, suponen una aproximación al significado científico más directa y cómoda para el destinatario. Asimismo, la presencia de lenguaje especializado permite la garantía real y legal del documento y, por ello, tiene que estar presente en el CI.

Al documento de CI para colonoscopia se le supone un desempeño determinado: transmitir información al sujeto de todo aquello concerniente al estudio al que este se somete, permitir la reflexión del mismo sobre el proceso y tomar una decisión libre y autónoma respecto al procedimiento. A pesar de que esta información tiene que ser entendida en su totalidad por el paciente, los estudios demuestran que no sucede así y la libertad del paciente queda totalmente diluida. Por ello, el CI de colonoscopia precisa de una revisión urgente sobre su estructura textual que posibilite la comprensión por parte del paciente y/o familiares para que pueda acometer su función principal.

Las correcciones propuestas permiten la posibilidad de seguir trabajando en esta dirección. La utilización de un lenguaje natural para el lego, junto a recursos que aproximen los términos excluyentes de obligada inserción al paciente, tienen que estar presentes en futuras redacciones del CI. Cabe mencionar la importancia de expandir los equipos de redacción médica con una perspectiva multidisciplinar. Actualmente no hay especialistas en el lenguaje médico-paciente que sepan aplicar los aspectos que repercuten a la mejor legibilidad del texto médico y, por ello, sería relevante contar con lingüistas en la redacción de los CI para colonoscopia.

7.1. Futuras líneas de investigación e implicaciones para la práctica clínica

El presente trabajo culmina con un punto de partida para la elaboración de un CI de colonoscopia que introdujera los elementos discursivos de mejora propuestos en el apartado “Resultados y propuestas de mejora”.

Entre los recursos que podrían utilizarse, encontramos interesante la dilución de la densidad terminológica, así como la incursión de aclaraciones de terminología imprescindible; disminución de la impersonalidad sintáctica por deixis directa a través de morfemas de primera persona del singular (yo) o de tercera del singular vocativos (usted); uso de anáforas explicativas que mantengan la atención en aquellos aspectos más relevantes en los que se quiera hacer hincapié; utilización de una deixis directa al profesional que realiza la intervención (más personalizado); una extensión del documento adecuada que no supere las dos páginas; interrelación cohesiva entre las oraciones; parafraseos, metáforas y explicaciones. Asimismo, sería recomendable plantear un glosario de términos como complemento del CI para colonoscopia al que el paciente pudiera recurrir en caso de duda.

Cara a futuras investigaciones, sería interesante utilizar la nueva propuesta de CI en un estudio comparativo con alguno de los CI preexistentes y proponer estudiar su grado de legibilidad en una muestra real de pacientes. Los resultados obtenidos podrían determinar qué CI sería más comprensible por parte del lego y, así, se podría contribuir al cambio de la epistemología médica que actualmente predomina en los CI de colonoscopia. En esta comparativa habría que tener en cuenta las nuevas tecnologías que permitieran, por ejemplo, formatos reducidos del texto (1-2 páginas) con términos subrayados que llevaran a sus definiciones a través de hipervínculos para que el paciente pudiera tener acceso a la información o la inserción de vídeos que sustituyeran a las imágenes para favorecer la comprensión. Sin lugar a dudas, nos encontramos ante un futuro prometedor frente a la divulgación científica y la alfabetización en salud gracias a nuevos proyectos de revisión de textos médicos y el avance de la tecnología.

Bibliografía

D. Cassany; C. López Ferrero; J. Martí. (2000). “Divulgación del discurso científico. La transformación de redes conceptuales. Hipótesis, modelo y estrategias.”. *Discurso y sociedad*, 2/2, 73-103, junio. Universitat Pompeu Fabra (Barcelona).

https://www.academia.edu/20098421/Divulgaci%C3%B3n_del_discurso_cient%C3%ADfico_La_transformaci%C3%B3n_de_redes_conceptuales_Hip%C3%B3tesis_modelo_y_estrategias

M.A. Celis, J. Halabe, O. Arrieta, R. Burgos, C. Campillo, M. De la Llata, J. Domínguez, S. Islas, L. Jasso-Gutiérrez, A. Lifshitz, M. Moreno, R. Plancarte-Sánchez, A. Reyes-Sánchez, G. Ruiz-Argüelles, A. Soda, E. Verástegui y J Sotelo. (2018). “El consentimiento informado: recomendaciones para su documentación”. Comité de Ética y Transparencia en la Relación Médico-Industria (CETREMI), Academia Nacional de Medicina de México, Ciudad de México, México

https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_716-718.pdf

R. Estopà. (2020). “Los informes médicos: estrategias para favorecer su comprensión”. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Delhospital Ediciones. Libro digital, EPUB. ISBN 978-887-8349-14-5.

<https://www.bajalibros.com/EU/Los-informes-medicos-estrategi-Rosa-Estopa-eBook-1837182>

M. Falcón Romero; A. Luna Maldonado; M.D. Pérez Cárceles; J.J. López García. (SF). Dpto. de Ciencias Socio-Sanitarias. Universidad de Murcia.

https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466

M. Falcón; A. Luna. (2012). “Alfabetización en salud: concepto y dimensiones”. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), pp. 91-98. DOI: [http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2012.2\(2\).91-98](http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2012.2(2).91-98)

<http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/130/77>

J. Guix Oliver; L. Balañà Fort; J.M. Carbonell Riera; R. Simón Pérez; R. Ma. Surroca Macià; L. Nualart Berbel. (1999). “Cumplimiento y recepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña”. Rev. Esp. Salud Pública vol.73 no.6 Madrid.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600002

G. de Ortúzar; D. Busdygan, Y. Marquez; E. Matus. (2010). “Una revisión del “Consentimiento Informado” en Telesalud”. Informes científicos y técnicos 2010, vol. 2, nro. 1, p. 1-38. ICT-UNPA-13-2010. ISSN: 1852-4516. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de la Plata. Buenos Aires, Argentina.

https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9514/pr.9514.pdf

M. Santiñà, F.X. Segura-Ciprés, E. Barranco-Duran. (2014). “¿Los pacientes entienden lo que les explicamos en los consentimientos informados?”. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 29. Núm. 5. Páginas e1-e18 Páginas 253-298. Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic, Barcelona, España.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-pacientes-entenden-lo-que-S1134282X14000931>

K. Sørensen; S. Van den Broucke; J. Fullam; G. Doyle; J. Pelikan; Z. Slonska; H. Brand. (2012). “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”. HLS-EU Consortium Health Literacy Project European.

https://www.researchgate.net/publication/313550741_Health_literacy_and_public_health_A_systematic_review_and_integration_of_definitions_and_models

SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. (2021). “Las cifras del cáncer en España 2020”. Depósito Legal: M-3266-2020. En colaboración con REDECAN, Red Española de Registros de Cáncer.

https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf

SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. (2022). “Las cifras del cáncer en España 2021”. Depósito Legal: M-3266-2020. En colaboración con REDECAN, Red Española de Registros de Cáncer.

https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_España_2021.pdf

J.A. Vicente Mateu. (1994). “La deixis. Egocentrismo y subjetividad en el lenguaje”. Murcia. Universidad de Murcia.

https://www.researchgate.net/publication/277846818_De_la_deixis_a_la_cortesia_verbal_el_paso_del_yo_egocentrico_al_duocentrico_de_la_interaccion_verbal

E. Villamañán, M. Ruano, E. Fernández-de Uzquiano, P. Lavilla, D. González, M. Freire, C. Sobrino; A.Herrero. (2016). “El consentimiento informado en investigación clínica; ¿Entienden los pacientes lo que firman?”. Farm Hosp. vol.40 no.3 Toledo may./jun. 2016, versión On-line ISSN 2171-8695.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432016000300006&script=sci_arttext&tlng=e

[s](#)

Anexo 1. Consentimiento informado para colonoscopia de la OSI Donostialdea, Osakidetza.

 <p>Osakidetza DONOSTIALDEA ESI OSI DONOSTIALDEA</p>	<p>1.abizena / 1º apellido</p> <p>2. abizena / 2º apellido</p> <p>Izena / Nombre HK zk. / Nº HC</p>
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOPORTE ANESTÉSICO EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS</p>	<p>Adina/Edad Zerbitzua/Servicio Ohea/Cama</p>
<p>SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR</p>	
<p>MÉDICO QUE LE INFORMA (Nombre y dos apellidos)</p>	<p>Fecha: 21/02/2022</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y OBJETIVO</p>	
<p>La Anestesia es un acto médico realizado y controlado en todo momento por un Médico Especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, cuyo objetivo es eliminar el dolor del paciente y evitar la ansiedad durante los procedimientos tanto quirúrgicos, como diagnósticos y terapéuticos. Proporciona un estado reversible de pérdida de conciencia y a veces de relajación muscular. Para ello se le administran diferentes fármacos por vía intravenosa y/o inhalatoria, en función de que el soporte anestésico consista en una Anestesia General o una sedación más o menos profunda según las necesidades del procedimiento para el que se realiza.</p> <p>Para su tranquilidad le informamos que durante cualquier soporte anestésico, se vigilan permanentemente todas sus constantes vitales a través de diversos monitores, y que el Médico Anestesiólogo está pendiente de todo el proceso de principio a fin, y estará a su lado para tratar de solucionar las posibles complicaciones que pudieran surgir, con la idea de garantizarle la máxima seguridad.</p> <p>En la Anestesia General, se encontrará profundamente dormida/o, y al estar dormido y a veces relajado, puede ser preciso colocar un tubo que llega hasta la tráquea, a través de la boca o nariz, o una mascarilla laríngea, cuyas funciones consisten en mantener la respiración normal.</p> <p>La sedación farmacológica pretende proporcionar al paciente un estado de equilibrio entre la comodidad y la seguridad, manteniendo sus funciones respiratorias, cardiovasculares y reflejos intactos. El objetivo es mantener al paciente tranquilo, cómodo, con el mínimo dolor o sin él pero además comunicativo y colaborador si fuera necesario. Se administran medicamentos por vía endovenosa calculados de manera similar a como se hace en una Anestesia General, individualizando cada caso y procedimiento. La preparación y vigilancia del paciente es igual que en el caso de una Anestesia General. Hay ocasiones en las que se precisan sedaciones profundas, en las que el paciente está completamente dormido o inconsciente; en este caso esta sedación es similar a una Anestesia General en cuanto a inconsciencia del paciente, riesgos y posibles complicaciones.</p> <p>En cualquier soporte anestésico siempre existe la posibilidad de tener que modificar la técnica anestésica para adaptarse a situaciones inesperadas. En este caso será el especialista en Anestesiología y Reanimación quien decida que técnica se adapta mejor a las necesidades individuales.</p> <p>La Anestesia es una técnica muy segura, de hecho la probabilidad de una complicación anestésica es del 1% aproximadamente, pero no obstante, debe conocer y saber que existen algunos riesgos, que detallamos a continuación.</p>	
<p>RIESGOS, MOLESTIAS, EFECTOS SECUNDARIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Algunos pacientes pueden presentar complicaciones menores como náuseas, vómitos, mareos, dolor cervical, molestias en la garganta y ronquera que suelen desaparecer en unas horas. Pueden aparecer lesiones oculares siendo las más frecuentes las úlceras corneales. 2. A veces se producen reacciones alérgicas no previstas tras la administración de sueros, productos sanguíneos o medicación. Se desaconseja por parte de las Sociedades Científicas de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, y la de Alergología, la práctica sistemática de pruebas alérgicas a los fármacos que se emplean durante la anestesia, ya que no están libres de riesgo, y además, aun siendo su resultado negativo, no exime de su aparición al usar dicho fármaco durante el soporte anestésico. 3. Ocasionalmente al colocar el tubo endotraqueal, se puede dañar algún diente, y excepcionalmente lesionar mucosas, cuerdas vocales, tráquea, esófago. 4. Al realizar anestesia general o sedación profunda existe riesgo de bronco aspiración (paso del contenido gástrico a los pulmones), siendo esta última grave, pero muy poco frecuente, una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto durante varias horas antes de la operación, al menos durante 8 horas para sólidos, y hasta 2 h antes para líquidos claros (agua, infusiones, bebidas no alcohólicas sin gas). Las ayunas no siempre evitan esta complicación pero la reducen al mínimo. 5. Existe riesgo de embolismos potencialmente graves, y también, aunque es muy infrecuente una reacción febril aguda y severa de causa no infecciosa (hipertermia maligna) 6. Tras la canalización de vía venosas periféricas, a veces pueden aparecer flebitis y otras molestias como calambres y hormigueos debido a la irritación de los nervios locales, que generalmente son transitorios y excepcionalmente permanentes. 7. Las complicaciones en la canalización de vías centrales son poco habituales y generalmente leves (hematoma en la zona), pero veces hay complicaciones más severas como: Neumotorax y/o hemotorax (aire o líquido en la pleura respectivamente), lesión de una raíz nerviosa, trombosis venosas, laceraciones arteriales o venosas, problemas infecciosos, etc. 8. En ocasiones pueden ocurrir pesadillas o neurosis posanestésicas y excepcionalmente depresión. 9. El paciente puede tener una enfermedad no diagnosticada, como son porfirias, cardiopatías, hipertiroidismo, feocromocitoma, etc. Que se pueda poner de manifiesto durante el acto anestésico y que den lugar a complicaciones graves. 10. Los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio tienen entre un 15-30% de riesgo de reinfarto si se operan en los 3 meses posteriores, y de un 10-15% entre los 3 y los 6 meses siguientes. 11. La mortalidad por anestesia es excepcional (1 de cada 10.000 pacientes), aumentando en los niños menores de 12 años (5 de cada 10.000 pacientes) y cirugía urgente (8 de cada 10.000 pacientes). 	
<p>RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCION DE LA CLINICA DEL PACIENTE.</p>	
<p>Existen pacientes que tienen mayor riesgo de presentar complicaciones durante la anestesia, como son los ancianos, obesos, los que padecen enfermedades crónicas asociadas, enfermedades cardíacas, hepáticas, renales, hipertensión arterial, diabetes, respiratorias como asma bronquial, bronquitis, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apneas del sueño y tabaquismo previo, y otras como deformidad de cuello y cara, enfermedades musculares o neumotórax previo etc.</p>	

1.abizena / 1º apellido

2.abizena / 2º apellido

Izena / Nombre

HK zk. / Nº HC

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOPORTE ANESTÉSICO EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS

Adina/Edad

Zerbitzua/Servicio

Ohea/Cama

RIESGOS POR PROCEDIMIENTO

Es inherente al procedimiento diagnóstico-terapéutico que se vaya a realizar, de ello será informado con detalle por el especialista correspondiente. Hay ocasiones en las que el paciente debe permanecer inmóvil durante procedimientos largos, a veces incluso de varias horas. Esto puede originar complicaciones debidas a la posición aunque se tomen todas las medidas a nuestro alcance para evitarlo.

Todo riesgo será valorado en cada caso de manera personalizada. Asimismo debe saber que el consumo habitual de algunos productos naturales de herboristería, puede afectar de forma imprevista a la anestesia, por lo que deben ser suspendidos 15 días antes de la intervención.

RIESGOS

ESPECIFICOS

ALTERNATIVAS U OPCIONES ASISTENCIALES DISPONIBLES

La conveniencia de una técnica anestésica u otra, dependerá del procedimiento al que vaya a ser sometida/o, duración de la misma, edad y enfermedades añadidas, posición durante la intervención, etc., y todo ello será valorado por el Anestesta responsable, quien oyendo las inquietudes y preferencias del paciente, decidirá la técnica más adecuada.

Tras el procedimiento los pacientes serán conducidos a la planta de Hospitalización, a la unidad de recuperación postanestésica (URPA), donde se controlan los efectos de la anestesia, las posibles complicaciones del procedimiento realizado y se administra tratamiento para el dolor postoperatorio con diversas técnicas analgésicas. Aquellos pacientes cuya gravedad lo requiera, se trasladaran a Reanimación o el Servicio de Medicina / Cuidados / Vigilancia Intensiva.

El abajo firmante, D^a./D. con DNI:,
en Donostia, a de de 20.....

DECLARO:

Que he recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Que he recibido una copia del formulario y que he comprendido lo expuesto en el mismo.

Que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SOPORTE ANESTÉSICO EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS

Firma del paciente,

Nombre.....D.N.I..... **DECLARO:**

Que he proporcionado la información adecuada al paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas.

Firma del médico responsable,

Nombre

Nº de Colegiado

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D/Dña..... D.N.I.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc).....Firma.....

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

1. abizena / 1º apellido

2. abizena / 2º apellido

Izena / Nombre

HK zk. / Nº HC

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA COLONOSCOPIA**

Adina/Edad

Zerbitzua/Servicio

Ohea/Cama

SERVICIO DE DIGESTIVO

NOMBRE DEL MEDICO

Fecha: 21/02/2022

INFORMACIÓN

- La Colonoscopia es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de ileon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación hemostásica (para detener el sangrado) o extirpación (polipectomía).
- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, de cuyos riesgos será informado por su médico.
- El paciente deberá estar en ayunas desde 6 horas antes de la prueba.
- Habitualmente se coloca al paciente en decúbito lateral (acostado sobre su lado izquierdo) y tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) que serán enviadas a Anatomía Patológica para su análisis histológico o microbiológico.
- Es necesario que advierta a su médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

- A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como mareo, hemorragia, perforación, dolor e hipotensión.
- Excepcionalmente, pueden presentarse durante la exploración arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico.
- Asimismo, existe un mínimo riesgo de mortalidad.
- Por su situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:

DECLARO:

Que he sido informado por el médico, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA COLONOSCOPIA

Firma del paciente,

Nombre.....D.N.I.....

DECLARO:

Que he proporcionado la información adecuada al paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas.

Firma del médico responsable,

Nombre

Nº de Colegiado.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D/Dña.....D.N.I.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....Firma.....

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

Firma Paciente Informado

D/
Dña:.....

DNI.....

Firma Representante Legal del Paciente

D/Dña:.....

DNI.....

Anexo 2. Documento de consentimiento informado para colonoscopia (recomendado por SEDE)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es explorar el interior del intestino grueso o colon, al igual que algunos centímetros del intestino delgado, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades y, cuando proceda, en caso de lesión sangrante o pólipos, actuar sobre ellos.
- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ La técnica consiste en examinar el colon con un colonoscopio introducido por el ano. El médico me ha explicado que siempre que no concurra una situación de urgencia, previamente a la intervención deberá proceder a una limpieza intestinal mediante la toma de un laxante. La técnica consiste en, estando el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se procederá a la introducción anal del endoscopio progresando por el colon, examinando la capa interna de la pared. Tal y como se ha dicho, si durante la exploración se visualizan zonas anómalas, se pueden tomar muestras de tejido (biopsias o citología) y/o cuando proceda, determinados tratamientos como la extirpación de pólipos (polipectomía).



- ▶ El médico me ha informado que como alternativa a la colonoscopia existen otras técnicas, como los estudios radiológicos del colon y la cápsula endoscópica del colon. He tenido la oportunidad de comentar estas alternativas con el médico habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el procedimiento más adecuado.

- ▶ También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación, se procederá a darme el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación.
- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. Los más frecuentes son leves, como la distensión abdominal, que cede con la expulsión de aire. Otros efectos secundarios son más raros: reacción alérgica, flebitis, hemorragia, perforación, dolor abdominal, hipotensión, aspiración bronquial; algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento quirúrgico y dejar secuelas definitivas. Otra complicación que puede ser grave son las infecciones como consecuencia de una perforación, que dependerá del lugar anatómico en que se produzca y puede obligar a tratamiento médico o quirúrgico. Son excepcionales las complicaciones más graves: arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria. En casos muy excepcionales, la colonoscopia puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, alergias y enfermedades. El médico me advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones personalizados que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
.....
- ▶ Autorizo al equipo médico a modificar la técnica endoscópica programada si en el momento del acto endoscópico surgiera algún imprevisto.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni de los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice una **COLONOSCOPIA**.

En: a

(Lugar) *(Fecha)*

Fdo: El/la médico Fdo.: El/la paciente o su representante



REVOCACIÓN

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En: a.....
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

Anexo 3. Consentimiento informado de colonoscopia del Hospital General de Ciudad Real.



SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La COLONOSCOPIA es un procedimiento que permite visualizar la parte baja del tracto digestivo (intestino grueso) a través de la introducción de un tubo flexible con óptica, denominado colonoscopio, por el orificio anal, avanzando por el recto, colon y en ocasiones hasta el ileon terminal.

Si es necesario, durante la exploración se tomarán muestras (biopsias), lo que no produce dolor y permitirá completar el diagnóstico. Si durante la exploración se encuentra un pólipo, puede extirparse con un lazo metálico y paso de corriente eléctrica de forma controlada.

Precauciones antes de la prueba

1. Para la realización de la colonoscopia es imprescindible hacer una buena limpieza del intestino. Para ello, se le facilitará información escrita sobre la preparación necesaria.
2. Deberá estar en ayunas de 6 horas.
3. Es importante que manifieste si padece alguna alergia o enfermedad importante (respiratoria, del corazón, o si es portador de una prótesis cardíaca ya que puede ser necesario la administración de antibióticos profilácticos.
4. Debe comunicar los medicamentos que está tomando.

La duración de la exploración dependerá de las características de cada paciente, de los hallazgos de la misma y de los tratamientos que haya que aplicar.

En algunos casos es necesaria la administración de medicamentos sedantes o analgésicos intravenosos para la mejor realización de la prueba.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Los beneficios de la colonoscopia son la posibilidad de conocer la causa de los síntomas que presenta y/o identificación de lesiones que podrían ocasionar algún perjuicio a su salud.

En algunas ocasiones (extirpación de pólipos, resección de parte de mucosa, dilatación de estenosis, colocación de sonda y/o prótesis, inyección de sustancias...), la exploración es, además de diagnóstica, terapéutica.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Los estudios radiológicos pueden ser una alternativa pero con menor precisión diagnóstica y sin permitir la toma de muestras ni la aplicación directa de tratamientos.

No hay garantías de obtener siempre los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos, pero en general, la única alternativa terapéutica a esta técnica sería la intervención quirúrgica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden aparecer náuseas, distensión y dolor abdominal. Su realización orientará el diagnóstico de su patología y, en algunos casos, realizar procedimientos de toma de muestras o terapéuticos.

C. INFORMADO DE COLONOSCOPIA



A pesar de la realización adecuada de la técnica, podría no conseguirse el diagnóstico o tratamiento previstos, lo cual ocurre en un porcentaje muy pequeño de casos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no se realiza la exploración podría no realizarse de forma adecuada el diagnóstico y/o tratamiento de su patología.

RIESGOS FRECUENTES

Los problemas derivados de esta exploración dependerán de que sólo sea diagnóstica o se añadan intervenciones terapéuticas. Los riesgos, así como los efectos secundarios y complicaciones que pueden aparecer son poco frecuentes. Entre ellos, leves molestias por distensión abdominal, hemorragia, infección, perforación, reacciones alérgicas a la medicación intravenosa administrada y excepcionales como arritmias o parada cardiorrespiratoria, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

Las complicaciones graves son muy poco frecuentes, pudiendo requerir en alguna ocasión intervención quirúrgica.

Los beneficios y resultados que se obtiene compensan los posibles riesgos que en ocasiones pueden suceder.

En cualquier caso, si le ocurriera cualquier complicación no dude que todos los médicos de este hospital están dispuestos para solucionarlas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Excepcionalmente puede producirse perforación, reacciones alérgicas a la medicación intravenosa administrada y arritmias o parada cardiorrespiratoria, existiendo un mínimo riesgo de mortalidad.

Las complicaciones graves son muy poco frecuentes, pudiendo requerir en alguna ocasión intervención quirúrgica.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra técnica.

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA

Anexo 4. Consentimiento informado colonoscopia-ileoscopia de la clínica Quirón Floresta de Zaragoza.

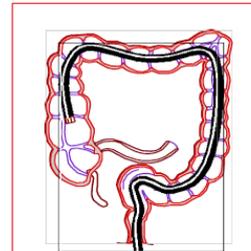
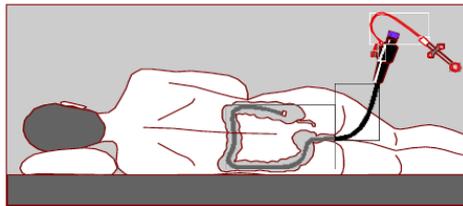


Enfermedades Aparato Digestivo
Hígado. Vías Biliares
Endoscopia digestiva

Clinica Quirón Floresta
Avda. Gómez Laguna, 82
50.012 Zaragoza
Tfo: 976 579 000
Móvil: 676 229 264
e-mail: digestivoaragon@gmail.com

Consentimiento Informado Colonoscopia-Ileoscopia

- 1.- La colonoscopia es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la anestesia con o sin intubación de la vía aérea. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación o de la anestesia.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando su pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido o extirpación (polipectomías, biopsias o citología) para su análisis histológico, citológico o microbiológico.



- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables frecuentes como dolor y distensión abdominal, mareo o reacción vagal; otros efectos poco frecuentes como perforación (1/2000), más frecuente tras polipectomía (0.3-1%) y reacciones medicamentosas o efectos indeseables raros como hemorragia (más frecuente tras polipectomía), aspiración bronquial, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación del colon.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,.....) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:

- 6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

- 7.- La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

Acepto



Enfermedades Aparato Digestivo
Hígado. Vías Biliares
Endoscopia digestiva

Clínica Quirón Floresta
Avda. Gómez Laguna, 82
50.012 Zaragoza
Tfo: 976 579 000
Móvil: 676 229 264
e-mail: digestivoaragon@gmail.com

Consentimiento Informado Colonoscopia-Ileoscopia

DECLARACIONES Y FIRMAS

Etiqueta	Don/doña:
	Fecha de nacimiento:
	Nº Historia:
	Afiliación:
	Domicilio:
	Teléfono:

Declaro:

Que el Dr./Dra.: me ha informado de la necesidad/conveniencia de realizar una **Colonoscopia-Ileoscopia**, y se me ha explicado y he aceptado y comprendido la información que se me ha dado. El facultativo que me ha atendido es quien me ha facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento, así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta.

He sido, así mismo, informado/a de las posibles alternativas, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.

Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para que se me realice la intervención que me ha sido explicada anteriormente.

En Huesca, a de de

Firma del paciente:

Firma del médico

.....

.....

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./Dña. con DNI., y en calidad de
, soy consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que >

He sido suficientemente informado/a del procedimiento que se le va a realizar y doy expresamente mi consentimiento para su realización, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o representante legal

.....

NO AUTORIZACIÓN / ANULACIÓN

Por la presente **NO AUTORIZO / ANULO** cualquier consentimiento plasmado en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han sido explicadas, y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar.

En Zaragoza, a de de

Firma del paciente o representante legal

.....

Anexo 5. Documento de consentimiento informado para la realización de colonoscopia del Hospital Universitario de la Princesa de la Comunidad de Madrid.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA
Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias. Planta 3ª. Tfno: 915202250

Identificación del facultativo solicitante:

NOMBRE Y APELLIDOS CIAS Y N° COLEGIADO CENTRO PROC Y ESPECIALIDAD

Identificación del paciente:

NOMBRE Y APELLIDOS NSS NHC

Indicación de la Exploración:

URGENTE PREFERENTE

--

1. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

La COLONOSCOPIA es una técnica endoscópica cuyo propósito es visualizar la pared del recto, colon y, en ocasiones, de la parte final del intestino delgado.

Se realiza introduciendo un instrumento, por el ano o por aberturas en la pared abdominal, llamado colonoscopio (un tubo flexible de unos 11 mm de diámetro y 160 cm de longitud con una lámpara en la punta). A través del mismo se pueden introducir utensilios, ya que durante la prueba, con relativa frecuencia, puede ser necesario realizar tomas de muestras de tejidos (biopsias) o extirpar pólipos (polipectomía). Asimismo, durante la exploración pueden encontrarse otro tipo de lesiones que sea necesario quemar o cauterizar, o realizar otro tipo de actuaciones terapéuticas (dilataciones, colocación de prótesis, etc.). Estos tratamientos no suelen producir ningún dolor.

Para la exploración el paciente debe realizar la preparación que se le ha indicado, tal y como se detalla en el anexo correspondiente (al final de este Documento).

Antes de pasar a la exploración se quitará todos los objetos metálicos (reloj, anillos, pulseras, etc.).

En la mayoría de las ocasiones se inicia la exploración estando acostado sobre el lado izquierdo.

La exploración tiene habitualmente una duración variable entre 30 y 45 minutos, pero dependiendo de la anatomía del paciente y de la complejidad del procedimiento, diagnóstico o terapéutico, que haya que realizar puede ser preciso más tiempo.

¿EN QUÉ CONSISTE LA SEDACIÓN?

La exploración se realiza con diferente grado de sedación (salvo negativa expresa del paciente). En el Hospital de La Princesa es responsabilidad de un especialista del Servicio de Anestesiología.

Por este motivo, junto a este Documento de Consentimiento Informado se debe adjuntar el correspondiente a la sedación que, al igual que el presente Documento, también debe ir correctamente cumplimentado y firmado por el paciente, o su representante legal, y por el facultativo solicitante.

Las sedación se consigue mediante la administración de fármacos en la dosis adecuada para cada paciente, siendo el médico, junto al personal asistencial de la Unidad, el encargado de realizar y controlar el proceso de la sedación (el paciente está monitorizado durante todo el procedimiento).

El propósito para este tipo de procedimientos es proporcionar un estado semiinconsciente, confortable sin dolor. No siempre es posible predecir el punto de transición entre la sedación moderada y la profunda o la anestesia general.

Se recomienda acudir acompañado a la realización de la prueba. Del mismo modo se recomienda también permanecer acompañado durante las siguientes doce horas, no pudiendo reincorporarse a las actividades habituales, según se le indique.

LOCALIZADOR: NHC
FECHA

CÓDIGO BARRAS

DCI N°: N°

EDICIÓN 01
PÁGINA 1 de 6



SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

¿PARA QUÉ SIRVE LA EXPLORACIÓN?

Sirve para realizar el diagnóstico de las enfermedades que afectan al intestino grueso (y en ocasiones del ileon distal) mediante la visualización de la pared del tubo digestivo y así poder iniciar o indicar el tratamiento más adecuado a su enfermedad.

En una pequeña proporción de casos podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido por no visualizar la totalidad del colon, por la existencia en el mismo de acodaduras, estenosis, etc., o por una mala preparación intestinal, a pesar de haber realizado una técnica adecuada.

¿QUÉ CONSECUENCIAS IMPORTANTES PRODUCIRÁ LA INTERVENCIÓN?

Una vez retirado el endoscopio es habitual que note ligera hinchazón del abdomen y sentirá la necesidad de expulsar gases. También puede encontrarse adormilado durante unas horas por la medicación administrada.

¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes de cualquier enfermedad gastrointestinal que padezca o haya padecido el paciente (especialmente si ha habido alguna cirugía abdominal previa). También debe informar al médico que realizará la prueba sobre su vida basal, la presencia de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier tipo, existencia de prótesis o marcapasos y medicaciones que esté tomando actualmente.

Tanto la exploración como la sedación suelen ser bien toleradas por el paciente.

El porcentaje de complicaciones de esta técnica es muy bajo y está en función de las características de la prueba (diagnóstica o terapéutica), de la existencia de posibles anomalías estructurales en el tubo digestivo que no sean conocidas, de la edad y estado de salud del paciente, de la existencia de antecedentes de cirugía abdominal previa o de alguna contraindicación no conocida o no reseñada por el enfermo.

Aunque el riesgo de transmitir infecciones durante la exploración es excepcional, usted no podrá realizar donaciones de sangre en los 4 meses siguientes a la exploración.

Riesgos frecuentes: pueden aparecer náuseas, vómitos y sensación de presión en el abdomen por la introducción de aire. Estas molestias habitualmente desaparecen ventoseando.

La hemorragia y la perforación del colon son complicaciones posibles durante la prueba diagnóstica pero pueden aparecer con más frecuencia cuando se realizan técnicas de tratamiento como la resección de pólipos. Estas complicaciones pueden requerir tratamiento urgente, e incluso una intervención quirúrgica.

Complicaciones como infecciones, pasar contenido gástrico al pulmón (aspiración) o la hipotensión son más raras.

Riesgos poco frecuentes: las reacciones alérgicas a medicamentos, la presencia de alteraciones del ritmo del corazón, una disminución de la respiración, un trombo o hemorragia cerebral o una parada cardiorrespiratoria, son complicaciones excepcionales graves que conllevan un riesgo de mortalidad.

Entre los poco frecuentes pero graves, cabe destacar además, dificultades en la punción de una vena, reacciones inesperadas a la sedación y descompensación de cualquier enfermedad que presente previamente.

Riesgos específicamente relacionados con el paciente: además de los riesgos anteriormente citados, pueden presentarse otras complicaciones en relación con sus circunstancias personales o por las enfermedades que padece.

¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

Fundamentalmente mediante técnicas radiológicas (enema opaco o TAC-colonografía) y otros procedimientos que se le explican al paciente, es posible estudiar el intestino aunque de manera indirecta y menos completa. Además, con ellas no se podrá realizar toma de biopsias ni hacer tratamiento de las lesiones simultáneamente.

¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO?

La no realización puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.

ATENCIÓN

No se realizará ninguna exploración si este Documento no está correctamente cumplimentado y firmado el Consentimiento Informado por el paciente, o su representante, y por el facultativo solicitante.

Tampoco se llevará cabo ninguna sedación si no se aporta el Consentimiento Informado que se adjunta, o si éste no está correctamente cumplimentado y firmado.

Al estar siendo atendido en un Hospital de reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas de Aparato Digestivo, estos pueden participar activamente en su intervención, siempre debidamente tutelados por sus docentes.

También debe saber que, salvo que usted se niegue de forma explícita a ello, sus datos pueden ser utilizados con fines científicos sin permitir que se correlacionen con su identidad.

LOCALIZADOR: NHC

FECHA

CÓDIGO BARRAS

DCI N°: N°

EDICIÓN 01

PÁGINA 2 de 6



2. DECLARACIONES Y FIRMAS.

PACIENTE

Yo, D./D^a.

con DNI, en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr^a, me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración o intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a de de 20.....

Firmado: el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, D./D^a, con DNI, y domicilio en, calle, nº

en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr^a, me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D^a, dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a de de 20.....

Firmado: el/la representante

MÉDICO

Yo, Dr./Dr^a.

he informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención.

Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En Madrid, a de de 20.....

Firma y nº. de colegiado:



SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

NEGATIVA A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Yo, D./D^a....., con DNI,
como paciente, o como representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito.

He sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiero revocar el consentimiento** previamente otorgado.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a de de 20.....

Firmado:

el/la paciente

el/la representante legal

Si Usted reconoce haber recibido una información adecuada y acepta que se le practique el procedimiento descrito, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique por favor, los motivos de esta decisión:

.....
.....
.....

MÉDICO:

Yo, Dr./Dr^a.....
he informado a este/a paciente, y/o a su representante legal de las consecuencias previsibles de su no realización.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a de de 20.....

Firma y nº. de colegiado:

TESTIGO:

Yo, D./D^a....., con DNI,
declaro que el/la paciente, o su representante legal, D./D^a....., pese a haber recibido una información adecuada, y habiendo dado en un principio su consentimiento para que se le practicara la exploración correspondiente, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, ha decidido libremente no realizar dicho procedimiento.

Ha sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiere revocar el consentimiento** previamente otorgado.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a de de 20.....

Firmado: el/la testigo

LOCALIZADOR: NHC
FECHA

CÓDIGO BARRAS

DCI N°: N°

EDICIÓN 01
PÁGINA 4 de 6

Anexo 6. Formulario de información y consentimiento informado escrito del SAS.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) COLONOSCOPIA TAMBIÉN LLAMADA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La exploración a la que usted va a someterse se denomina colonoscopia y consiste en la exploración del recto y del colon (intestino grueso) e incluso los últimos centímetros del intestino delgado. Se realiza con un tubo flexible que se introduce por el ano. El tubo (endoscopio) lleva un sistema de iluminación y una cámara. Sirve para el diagnóstico de enfermedades que afectan al intestino grueso así como para el tratamiento de algunas de ellas.

CÓMO SE REALIZA:

La exploración se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. La duración de una colonoscopia es variable, pero en total suele ser de unos 30 minutos. Para que la tolere mejor se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El paso del endoscopio por el intestino provoca malestar y sensación de hinchazón. Puede haber momentos de dolor, de corta duración. Esto es debido al paso del endoscopio por las curvas del colon y por el aire introducido. Una vez finalizada la exploración, queda sensación de gases que pasa en poco tiempo. Si se han hecho tratamientos o hay lesiones, como hemorroides, puede verse alguna pequeña hebra de sangre en la primera deposición tras la exploración.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

001530

La colonoscopia está indicada siempre que su médico crea necesario conocer la existencia de alguna enfermedad en su intestino grueso. Por ejemplo, ante síntomas como rectorragia (emisión de sangre a través del ano), anemia por pérdidas de sangre, cambios recientes del ritmo intestinal o diarrea de larga evolución, entre otros.

Durante la exploración se pueden realizar tratamientos como: extirpar pólipos (polipectomía o extirpación de pequeños tumores benignos y a veces también malignos), destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis.

En algunos casos puede no lograrse completar la exploración de todo el colon o ser aconsejable realizar más de una sesión.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Una alternativa a la colonoscopia, para el diagnóstico, es la realización de un enema opaco. Este consiste en introducir un contraste por el ano y rellenar todo el colon. Sus resultados diagnósticos son peores y no permite la toma de biopsias ni la realización de tratamientos. Otra alternativa, para el diagnóstico, es la colonografía virtual mediante TC. Esto puede ser necesario de forma complementaria en ciertas circunstancias o si la colonoscopia no ha sido completa. Para los tratamientos, la única alternativa a la endoscopia es una intervención quirúrgica, lo que implica mayores riesgos.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

La colonoscopia es una técnica muy segura. Las complicaciones suelen ser leves y sin repercusión alguna. Estas son: dolor abdominal, sudoración, hinchazón o distensión abdominal y reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como polipectomías, destrucción de lesiones con calor, gas argón o láser, dilataciones o colocación de prótesis.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Las complicaciones graves son poco frecuentes pero posibles. Entre ellas están: perforación o rotura del intestino, hemorragia, reacciones alérgicas medicamentosas graves, alteraciones cardiopulmonares, rotura de aneurisma abdominal y transmisión de infecciones. Excepcionalmente puede requerirse un tratamiento urgente o una intervención quirúrgica.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal, el infarto agudo de miocardio reciente y las enfermedades inflamatorias intestinales graves incrementan el riesgo de complicaciones.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Realice correctamente la preparación. Facilitará la exploración, disminuirá las molestias y evitará tener que repetirla.

Avisé si padece posibles alergias a medicamentos.

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Acenocumarol...) o antiagregante (Ácido acetilsalicílico, Clopidogrel...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

Acuda acompañado.

No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas durante el resto del día si se le ha administrado sedación.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE DIGESTIVO
-------------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

001530

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitar me consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE DIGESTIVO
-------------------------	------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

001530

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

Anexo 7. Documento de consentimiento informado para colonoscopia de Talavera.



GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA
C/ José Luis Gallo, Nº 2. 45600 Talavera de la Reina (Toledo)
Telfs.: 925 82 15 09 – 925 82 79 36 / Fax: 925 81 71 08



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

1. La **Colonoscopia** es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon) y en ocasiones los últimos centímetros del íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones.
2. En ocasiones si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
3. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación. También se me han informado de los posibles riesgos de la sedación.
4. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado derecho) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico y realizar técnicas de coagulación en caso de sangrado.
5. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
6. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada _____) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como _____.
7. El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

SI TIENE CUALQUIER DUDA PREGUNTE, NOSOTROS LE INFORMAREMOS PERSONALMENTE



ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA

FECHA:...../...../.....

D./Dña/..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) D.N.I.:,
CIP:.....D./Dña/.....
.....(NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.) D.N.I.:

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D./Dña/.....
Nº COLEGIADO:

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

Anexo 8. Consentimiento informado para colonoscopia del Hospital Universitario de Guadalajara.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La colonoscopia es una exploración visual del intestino grueso (colon) y en ocasiones de los últimos centímetros de íleon cuya finalidad es poder diagnosticar enfermedades de estas localizaciones. Para realizarla se coloca al paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión (colonoscopio) por el ano que se progresa por el colon examinando su pared. Durante la exploración puede ser necesario que cambie de posición, para lo cual se le ayudará. El tiempo de la exploración es muy variable, pero puede durar entre 15 y 60 minutos. Es normal que presente durante la exploración distensión abdominal ya que es necesario introducir aire para una adecuada visualización. Si es necesario en el curso de la exploración, se tomarán pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis sin causarle dolor. En caso de observar pólipos, estos se extirparán (polipectomía), recuperándose si es posible para su estudio histológico.

Para la **polipectomía** se utiliza un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad de electroquirúrgica que corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones y según las características del pólipo, antes de su extirpación pueden ser necesarias diferentes técnicas que se aplican en la base de implantación para prevenir el sangrado, como la colocación de un lazo plástico, de un clip metálico o la inyección de sustancias.

PREPARACIÓN

Para conseguir una adecuada valoración del colon debe estar totalmente limpio de heces, por lo que se le debe entregar una hoja adjunta con la preparación que debe hacer. Es importante que informe al médico y a la enfermera de alergias conocidas o reacciones previas a medicamentos, enfermedades importantes que padezca y medicamentos que tome de forma habitual.

RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en un porcentaje pequeño de pacientes puede no conseguirse el diagnóstico o tratamiento perseguido o pueden presentarse efectos indeseables como dolor abdominal, mareo, hipotensión, reacción alérgica o flebitis. La perforación del colon y la hemorragia digestiva son muy raras (menos de una por cada 1000 exploraciones) pero pueden requerir una intervención quirúrgica o/y una transfusión de sangre. Al realizar polipectomía aumenta el riesgo de hemorragia (1-2%) o perforación (<1%). Son excepcionales otras complicaciones como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y suponen un mínimo riesgo de mortalidad, siendo mayor el riesgo en personas de edad avanzada y con enfermedades crónicas de base.

SEDACIÓN

La colonoscopia puede hacer recomendable o necesaria la sedación. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

ALTERNATIVAS

Existen otras técnicas para valorar el colon, como el enema opaco y la colonografía por TC, pero tienen menos exactitud diagnóstica que la colonoscopia y no permiten tomar biopsias ni realizar tratamientos.

CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

DECLARO:

Que el Dr./Dra.
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA**.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que **estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **COLONOSCOPIA** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI *NO* DESEA REALIZARSE LA PRUEBA

REVOCAACION

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL