

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE TRADUCCIÓN Y DOCUMENTACIÓN
GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

Trabajo de Fin de Grado

TRADUCCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Adaptación a lenguaje claro y traducción al inglés
de los consentimientos informados para la
anestesia

Ana García Alcaín
Daniel Linder Molin
Salamanca, 2024

RESUMEN

Según el Sacyl (Sanidad Castilla y León), los pacientes tienen derecho a: “[...] recibir la información directamente, o en su caso, a través de representante legal o persona autorizada, **de forma comprensible, veraz, adecuada y con antelación suficiente**”. Los consentimientos informados para la anestesia son documentos a los cuales los pacientes se enfrentan a diario en los hospitales sin tener los conocimientos necesarios para entenderlos de manera completa. A partir de estos textos el paciente debe decidir si se somete o no a una intervención anestésica. Y, a pesar de su importancia, no hay muchos trabajos previos dedicados a adaptar y reformular estos textos para que se dirijan de verdad a los pacientes de manera que estos puedan tomar una decisión libre e informada. Por ello, este trabajo a partir de las estrategias de adaptación a lenguaje claro, desteminologización y reformulación de consentimientos, ha creado consentimientos informados para la anestesia general, anestesia regional y anestesia epidural obstétrica. En función de estas adaptaciones se ha realizado su respectiva traducción al inglés para ofrecer una atención igualitaria a todos los pacientes.

Palabras clave: consentimiento informado, lenguaje claro, traducción al inglés, anestesia, desteminologización.

SUMMARY

According to Sacyl, patients have the right to: “[...] receive information directly, or if applicable, through a legal representative or authorized person, **in an understandable, truthful, adequate manner and with sufficient time in advance**”. Informed consents forms for anesthesia are documents that are administered daily in hospitals and patients are faced with them without having the necessary knowledge to fully understand them. Based on these texts, the patient must decide whether or not to undergo an anesthetic procedure. And, despite the importance of these consents, there is not much previous work dedicated to adapting and reformulating these texts to truly address patients so that they can make a free and informed decision.. Therefore, this work, based on the strategies of adaptation to plain language, determinologization and reformulation of texts, has created informed consents for general anesthesia, regional anesthesia and obstetric epidural anesthesia. Based on these adaptations, their respective translations into English have been carried out in order to offer equal attention to all patients.

Key words: informed consent form, plain language, translation to english, anesthesia, determinologization

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	3
2	MARCO TEÓRICO	4
2.1	<i>Plain language</i> o lenguaje claro	4
2.2	La traducción intralingüística , interlingüística y médica	12
2.3	Anestesiología: conocimientos básicos.....	16
3	METODOLOGÍA.....	20
3.1	Clasificación y criterios de selección de los consentimientos	20
3.2	Estrategias de adaptación a lenguaje claro	30
3.3	Estrategias de traducción al inglés.....	35
4	CONCLUSIÓN	40
5	BIBLIOGRAFÍA.....	42
	ANEXOS.....	45
	ANEXO I: ADAPTACIONES A LENGUAJE CLARO DE LOS CONSENTIMIENTOS	
	INFORMADOS.....	45
	ANEXO II: TRADUCCIONES AL INGLÉS DE LOS CONSENTIMIENTOS	
	INFORMADOS	62
	ANEXO III: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA ANESTESIA	
	ORIGINALES.....	79

1 INTRODUCCIÓN

Los consentimientos informados para la anestesia son documentos que se administran diariamente en los hospitales, a pesar de estar dirigidos al paciente, presentan una densidad terminológica demasiado elevada para un lector lego que no tiene conocimientos médicos previos. Además, generalmente, son arduos de leer con frases extremadamente largas y complejas repletas de terminología especializada. En este estudio se plantea una solución para esta brecha lingüística médico-paciente.

El Servicio de Anestesia y Reanimación del HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES Complejo Asistencial de Ávila nos envió los consentimientos informados para la anestesia que entregan a sus pacientes para realizar este estudio. Por medio de un documento escrito nos dieron permiso para usar estos documentos con fines académicos. A partir de estos consentimientos producidos por el Sacyl se realizaron unas adaptaciones a lenguaje claro o *plain language* y, a partir de estos consentimientos adaptados, se realizaron sus respectivas traducciones hacia el inglés.

El objetivo de este estudio es ofrecer un punto de partida y un modelo aplicable de adaptación y de traducción para los consentimientos informados, ya no solo para la anestesia, sino para cualquier otro procedimiento que requiera el consentimiento expreso por escrito del paciente. Es importante de destacar que este trabajo contribuye a que haya una atención más igualitaria en los hospitales independientemente del idioma que hable el paciente. En un país como España donde la población inmigrante es cada vez mayor, es muy importante que se de la opción a todos los pacientes de recibir una atención de la misma calidad, sobre todo si tienen que tomar una decisión que compromete su salud.

2 MARCO TEÓRICO

En este marco teórico, primero se tratará el *plain language*, o lenguaje claro, en el que se va a basar la adaptación y traducción de los consentimientos seleccionados para este estudio. Posteriormente se hablará sobre la traducción intralingüística (adaptación), la traducción interlingüística (traducción al inglés) y la traducción médica, es decir, las disciplinas en las que se basan este trabajo. Finalmente, figura un apartado sobre la anestesia, ya que para poder trabajar con consentimientos informados previos a una intervención anestésica, se debe conocer muy bien esta disciplina y cómo se administra no solo de cara al aspecto terminológico sino a tener una comprensión general y total de los textos para producir una buena adaptación y traducción de estos.

2.1 *Plain language* o lenguaje claro

El uso de *plain language*, o lenguaje claro, está aumentado en ámbitos de la comunicación especializada en todo el mundo, con iniciativas importantes en países como Estados Unidos. En el caso de España sobre todo se ha utilizado el lenguaje claro dentro del ámbito jurídico pero hay pautas generales que también podemos aplicar a los textos médicos que nos ocupan en nuestro trabajo. Partiendo de la bibliografía disponible, se han seleccionado las características y datos extrapolables y relevantes para este estudio.

Primero se hará una contextualización sobre el lenguaje claro, a continuación se tratará el punto de vista histórico que afecta de manera directa a la evolución del *plain language* en España. Posteriormente, se describirán algunas de las características aplicables a cualquier tipo de texto en lenguaje claro y finalmente se tratará el *patient centered language* (lenguaje orientado al paciente) y la *health literacy* (“alfabetización en salud”), que todavía no están muy extendidos en las instituciones públicas o empresas privadas del sector sanitario en España, pero que resultan fundamentales para el desarrollo de este estudio. Aunque “alfabetización” en español se entiende como la capacidad de saber leer y escribir, en inglés “literacy” se entiende como la capacidad de entender o hacer algo. Por lo tanto en inglés *health literacy* tiene sentido y se entiende perfectamente, sin embargo “alfabetización en salud” resulta una traducción literal del inglés pero es el término que hemos encontrado en publicaciones en español como *Health literacy* y *salud*

de R. Suñer Soler y M. Santiñá Vila (2013) y *Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud* de María Falcón Romero y Aurelio Luna Ruiz-Cabello (2012).

La International Plain Language Federation, una agrupación de tres asociaciones (Center for Plain Language, Clarity y Plain Language Association International) creada en 2017, define así el lenguaje claro: “A communication is in plain language if its wording, structure, and design are so clear that the intended readers can easily find what they need, understand what they find, and use that information”.¹ A partir de esta afirmación se podría sostener que el lenguaje claro se trata de la adaptación de textos especializados (de cualquier ámbito) de tal manera que el lector lego comprenda a la perfección el contenido altamente especializado de estos escritos. Este tipo de lenguaje, por tanto, se basa en un estilo de redacción simple y eficiente que ayuda a las personas entender con facilidad lo escrito ya conozcan el tema que se trata o no. A lo largo de este trabajo utilizaremos el término “lenguaje claro” pues es el acuñado para hablar de *plain language* en castellano.

No debemos confundir el lenguaje claro con el lenguaje fácil. El lenguaje claro pretende hacer más comprensible la información y busca la transparencia de estos textos aparentemente opacos por su complejidad y especialización para un público general. El lenguaje fácil está dirigido a un grupo de personas específico con dificultades lectoras o de comprensión por discapacidad, edad o procedencia. Debido a estas dificultades los textos en lenguaje fácil pueden hacer cambios en el contenido del texto original que adaptan de manera que los contenidos son comprensibles para este público concreto. El lenguaje claro no quiere decir textos más fáciles, infantiles o coloquiales, sino que pretende la creación de textos claros que no resulten confusos para el lector en términos tanto de contenido como de forma.

El lenguaje claro tiene en cuenta no solo la terminología sino también la estructura, el estilo de redacción, la edición y el diseño del texto. Además, la redacción de estos textos

¹ “Una comunicación está en el lenguaje claro si la lengua, la estructura y el diseño son tan transparentes que el público al que está destinada puede encontrar fácilmente lo que necesita, comprende lo que encuentra y usa esa información” (Traducción propia). A menos que se indique lo contrario, todas las traducciones de las citas en las notas a pie de página son de la autora de este trabajo.

parte desde una cierta “empatía” con el receptor, ya que no se trata de simplificar los contenidos ni de subestimar al lector sino de ponerse en su lugar.

El Gobierno de Aragón ha editado varios recursos como el *Guía de buenas prácticas de comunicación clara* y el *Manual de estilo de lenguaje claro: Criterios para la redacción de textos claros en internet* del que reproducimos la pregunta con la que de esta comunidad autónoma invita a los lectores a reflexionar: “¿Están familiarizados los lectores con el tipo de documento que recibirán, con la información que contiene y con el lenguaje empleado?” (2019, p.4). Para producir textos en lenguaje claro debemos saber qué conocimientos tiene el destinatario del texto para que este sea lo más claro y comprensible posible manteniendo al mismo tiempo un tono formal a la vez que cercano.

Como hemos indicado anteriormente, en los textos redactados o adaptados a lenguaje claro es muy importante la manera en la que se presenta la información. La forma clara de un texto y una exposición estructurada de la información facilitan la comprensión. Tal y como aconseja el *Manual de estilo de lenguaje claro*: “El lenguaje visual (imágenes, colores, gráficos, tipografía, composición...) y (si es el caso) la interactividad deben aportar claridad” (Gobierno de Aragón, 2019, p.6). Por lo tanto, no solamente debemos pensar en adaptar el texto mismo sino también la fotocomposición del texto con el empleo de fuentes, tipos de letra y tamaños de caracteres que aportan mayor claridad y la configuración del texto en apartados, secciones, subsecciones y párrafos claramente diferenciados.

Ahora que hemos delimitado las características del lenguaje claro, nos vamos a adentrar en el lenguaje claro en España. Primero, tenemos que hacer un pequeño repaso por las últimas décadas de la historia de España para contextualizar el lenguaje claro y su evolución. La transición a la democracia (1975-1978) después del franquismo llevó consigo cambios no solo en el panorama político y social sino también en el lingüístico. Para empezar, las instituciones españolas empezaron a “adapt their language to the needs of a modern democratic society just as our neighbours had done”² (Cassany, 2005, p. 41). Esta cita está extraída de uno de los primeros artículos publicados sobre el lenguaje claro

² “adaptar su lenguaje a las necesidades de una sociedad democrática moderna justo como habían hecho nuestros vecinos” (Traducción propia)

en España. Es probable que cuando Daniel Cassany se refiere a “nuestros vecinos” se refiera a esfuerzos realizados en Francia, Portugal y otros países europeos.

De nuevo, Cassany nos habla de los primeros pasos tomados en España para conseguir que se implantara aquí el lenguaje claro: “Linguistic alternatives that were closer to the common language needed to be developed, on many levels (syntax, terminology and discourse)”³ (2005, p.42). Y no solo eso, nos encontramos en una sociedad que en la época inmediatamente anterior a la llegada de la democracia consideraba que los textos incomprensibles, arduos de leer y complejos eran señal de autoridad y relevancia, los cuales transmitían información importante. Por lo que esta simplificación no solo se trataba de una cuestión puramente lingüística sino que también llegó a tener un calado social. En el caso de la lengua española, con una tradición escrita bastante rígida y muy consolidada, la “normalización”⁴ (o simplificación) se ha hecho de forma pausada y gradual. Sin embargo, este no fue el caso del resto de lenguas cooficiales que, al no tener una tradición escrita tan rígida y consolidada como el español, se centraron en crear un nuevo estilo adaptado a las necesidades de sus recién recuperadas administraciones autónomas después de la dictadura. En gran parte se basaron en la simplificación como herramienta de normalización, técnica que el español adoptaría también más adelante apoyándose en modelos catalanes. “For example, judges, solicitors and barristers translate Catalan model documents into Spanish instead of using them as written”.⁵ (Cassany, 2005, p.42).

Ahora que ya sabemos cuando y cómo surgió el lenguaje claro en español, veamos cómo ha evolucionado el lenguaje claro dentro de este idioma. A partir de la mencionada normalización lingüística de las lenguas cooficiales de España (en especial del catalán), se fueron sentando las bases del lenguaje claro a partir de publicaciones periódicas en lenguaje claro de manuales de estilo publicados tanto desde el ámbito privado como del público. Como nos indica Cassany, a finales del siglo XX se publicó un manual de estilo

³ “Era necesario desarrollar alternativas lingüísticas más cercanas a la lengua común a distintos niveles (sintaxis, terminología y discurso)” (Traducción propia)

⁴ La normalización lingüística es un tipo de política lingüística que pretende el uso generalizado de una lengua en un determinado contexto. La normalización (o simplificación) forma parte del lenguaje claro y, en el caso concreto de España como es explicado en este apartado del marco teórico, es parte de su evolución.

⁵ “Por ejemplo, los jueces, procuradores y abogados traducen al castellano los modelos de documentos catalanes en lugar de utilizarlos tal y como están escritos” (Traducción propia)

en castellano para la redacción de textos administrativos: *Manual de estilo del lenguaje administrativo* and *Manual de Documentos Administrativos*. Este manual estableció pautas y recomendaciones que mejoraron la escritura de los juristas españoles, aunque todavía queda mucho camino por recorrer porque, aunque estas pautas hayan homogeneizado la redacción de los documentos producidos por la Administración, estos siguen siendo difíciles de comprender con una sintaxis compleja y arcaica llenos de términos opacos.

A lo largo de la década de los 90 se fueron adaptando las pautas del *plain language* utilizadas en inglés para poder ser empleadas en castellano, ya que evidentemente muchas estrategias que se usan en inglés no son aplicables al español. Con dos artículos publicados muy poco después del de Cassany, Cristina Gelpí es otra figura clave en el estudio del lenguaje claro en España. Como ejemplo de estas pautas que no pueden reproducirse del inglés al castellano, esta autora toma como ejemplo la recomendación de limitar la extensión de las frases a 15 palabras en inglés, lo cual resulta muy difícil en español crear con tan solo 15 palabras una frase completa. Por lo tanto, el equivalente a las 15 palabras mínimas necesarias para formar una frase en inglés son alrededor de 25 para las lenguas romances. Otra diferencia esencial entre el inglés y las lenguas romances (en concreto con el español) según Gelpí es el uso de las mayúsculas: “in English, capital letters highlight the text and make it more comprehensible, whereas in Romance languages, capital letters are regarded as a visual and functional obstacle in the text, and stylistic guidelines generally opt for the use of small letters.”⁶ (Gelpí, 2006, p. 25). En inglés las mayúsculas se utilizan con más frecuencia que en español pues, como nos ha indicado Gelpí, en inglés se usan para destacar palabras en el texto y facilitar su lectura mientras que en español se utilizan solamente para nombres propios y no entorpecer la lectura. Es otras palabras, se podría decir que cada idioma concibe el uso de las mayúsculas de manera casi opuesta. Además de estas modificaciones, como veremos en el siguiente párrafo, al movimiento del lenguaje claro en España le queda todavía bastante recorrido para llegar al nivel del *plain language*, pero sigue evolucionando poco a poco a día de hoy y se va aplicando en cada vez más ámbitos.

⁶“en inglés, las mayúsculas resaltan el texto y lo hacen más comprensible, mientras que en las lenguas romances, las mayúsculas se consideran un obstáculo visual y funcional en el texto, por lo que las directrices estilísticas optan generalmente por el uso de minúsculas” (Traducción propia)

Gelpí describe brevemente la situación del lenguaje claro en España cuando se implantó por primera vez de la siguiente manera: “Even though plain language is being promoted in all the languages of Spain and in all fields, it cannot be said that it is a widespread reality throughout the State and in all communication situations”⁷ (Gelpí, 2006, p. 25). En España queda mucho camino por recorrer todavía para que el español sea una realidad generalizada en todo el país pero poco a poco, no tan solo en ámbitos jurídicos, podemos ver cada vez más textos comprensibles dirigidos al público destinatario real. Cassany en su artículo *Plain language in Spain* indica el cambio de paradigma que se está produciendo en España con respecto al lenguaje claro: “Spanish communication is gradually becoming more comprehensible. People are coming to understand that they need not use complicated or obscure language to make what they have to say sound important”⁸ (Cassany, 2005, p. 44). En la actualidad, la sociedad española ya no identifica el lenguaje complicado con textos de autoridad, y concibe que los textos oficiales pueden ser comprensibles y accesibles para todos sin perder estos su autoridad. Además, Cassany indica que los españoles presentan cada vez más interés en entender textos sobre temas cada vez más variados y especializados sin importar sus conocimientos previos: “New challenges continue to arise because communication is dynamic, but plain language is taking hold because Spaniards want to understand their rights to euthanasia and justice, and read about scientific developments in medicine and the environment”⁹ (Cassany, 2005, p. 44). Como explica Cassany, la comunicación es dinámica y siempre está evolucionando y cambiando pero el lenguaje claro se está imponiendo en múltiples ámbitos distintos, ya no solo se restringe al ámbito jurídico. Por ejemplo, como se ha visto al principio de este apartado, El Gobierno de Aragón publicó un manual de estilo de lenguaje claro para la redacción de textos en Internet, reglas que pueden ser implementadas para cualquier publicación que se quiera subir a la red. Además esta guía en concreto está escrita siguiendo sus propias normas del lenguaje claro.

⁷ “Aunque el lenguaje claro se está promoviendo en todas las lenguas de España y en todos los ámbitos, no puede decirse que sea una realidad generalizada en todo el Estado y en todas las situaciones comunicativas” (Traducción propia)

⁸ “La comunicación en español es cada vez más comprensible. La gente está comprendiendo que no necesita utilizar un lenguaje complicado u oscuro para que lo que tiene que decir suene importante” (Traducción propia)

⁹ “Siguen surgiendo nuevos retos porque la comunicación es dinámica, pero el lenguaje claro se está imponiendo porque los españoles quieren entender qué derechos tienen, tanto a la eutanasia y como a la justicia, quieren leer sobre los avances científicos en medicina y medio ambiente y ser capaces de entenderlos” (Traducción propia)

Finalmente, para concluir este apartado con la última etapa del lenguaje claro dentro del español y sus avances más recientes, es necesario hablar sobre la desteterminologización, concepto establecido por la autora Olga Campos Andrés en su artículo *Procedimientos de desteterminologización: traducción y redacción de guías para pacientes*:

Fenómeno formal, comunicativo y cognitivo, que se manifiesta a través de una serie de procedimientos relacionados con el tratamiento de las unidades léxicas especializadas y centrado en garantizar la accesibilidad de un texto especializado a unos destinatarios no expertos (2013, p.49)

Es decir, la desteterminologización es el proceso mediante el cual un término especializado pasa a formar parte del lenguaje general. Este procedimiento juega un papel fundamental dentro del lenguaje claro pues su objetivo principal es ayudar a la comprensión del texto y es una técnica que, al igual que muchas otras, primero se empezó a aplicar en inglés pero también ha sido adoptada perfectamente en español. Las estrategias de desteterminologización (Campos Andrés, 2013) extrapolables al lenguaje claro son las siguientes:

- a) **Definición**: estrategia por que se explica un término con otras palabras. La autora ilustra esta estrategia a través de expresiones como los siguientes ejemplos que aporta:
 - El linfedema **se define como** la acumulación de fluido rico en proteínas en los tejidos blandos como resultado de la disfunción del sistema linfático de la extremidad, dando lugar a edema, inflamación crónica y fibrosis. (p.50)
 - Chemotherapy **refers to** drugs that kill rapidly dividing cells. (p.50)

- b) **Sinonimia**: estrategia que consiste en utilizar el equivalente más comúnmente conocido de un término, sigla o abreviatura. La autora especifica que en inglés suele utilizarse la doble nomenclatura (el nombre más común y su cultismo, este último normalmente proveniente del griego o del latín) debido a que la mayoría de cultismos son de origen grecolatino y no son reconocibles para los hablantes anglosajones. Sin embargo, este desdoble no suele producirse en español pues estos términos son más fácilmente reconocibles para los lectores hispanohablantes

pues son más frecuentes dentro del lenguaje cotidiano. Ejemplos aportados por la autora:

- To estimate the likelihood that the cáncer will spread or **come back (recur)** (p.51)
- For them, cancer has become a **chronic (on-going)** health problem. (p.51)

c) **Paráfrasis reformulativa**: estrategia por la cual se dice lo mismo utilizando otras palabras. Se hace de tal manera en que la segunda frase es explicación del término introducido en la primera oración, por ejemplo:

- La autoexploración, **es decir**, *la observación y palpación de las mamas, es una medida recomendada para la detección precoz del cáncer de mama* (p.50)
- Cancer cells are often found in lymph nodes under the arm (**axillary lymph nodes**) (p.50)

d) **Analogía**: estrategia que establece una relación de igualdad entre dos conceptos, el primero suele ser el término especializado y el que le sigue a continuación es el concepto más cercano al lector lego. Algunos ejemplos son:

- [...] sarpullido (**como un eccema**) en el pezón. (p.51)
- [...] cells are the **building blocks** that form tissues, which in turn make up the organs of the body. (p.51)

e) **Hiperonimia**: estrategia que consiste en explicitar el significado de un término especializado a través de otro término más general que lo englobe, por ejemplo: “Si vas a recibir radioterapia, necesitarás colocar el brazo en la posición correcta, de tal modo que **el aparato** pueda administrarte el tratamiento de forma adecuada”. (p.51)

f) **Ejemplificación**: estrategia por la que se añaden ejemplos que ilustren mejor el término especializado que puede causar problemas de comprensión para el lector. Algunos ejemplos serían:

- [...] moderando el consumo de grasas y proteínas de origen animal (**vaca y sus derivados y cerdo**). (p.51)

- Tamoxifen (**Nolvadex and others**) is the standard treatment for most premenopausal women. (p.51)

Tras haber visto en qué consiste el lenguaje claro (o *Plain Language*) y su evolución, la cual desemboca finalmente en la desterminologización, vamos a tratar los tipos de traducción tratados en este trabajo partiendo de la premisa y estrategias del lenguaje claro: la traducción intralingüística (dentro del mismo idioma) y la traducción interlingüística (de un idioma a otro, en este caso del español al inglés).

2.2 La traducción intralingüística , interlingüística y médica

En este apartado se establecen los tipos de traducción con los que se va a trabajar en este estudio: la traducción intralingüística, la traducción interlingüística y la traducción médica. Primero, según Jakobson, en *On Linguistic Aspects of Translation* (1959), los tres tipos de traducción que existen son:

- (a) Traducción intralingüística (reformulación, por medio de signos verbales dentro de la misma lengua);
- (b) Traducción interlingüística (traducción propiamente dicha, entre lenguas)
- (c) Traducción intersemiótica (transmutación, interpretación de los signos verbales de un texto mediante los signos de un sistema no verbal)

Como se indicó anteriormente, en este trabajo nos centraremos en los dos primeros tipos de traducción establecidos por Jakobson, aunque podemos indicar que la traducción intersemiótica se utiliza frecuentemente en la medicina, sobre todo en el lenguaje de signos para personas sordas.

En el caso de la traducción intralingüística, en este estudio se va a hacer un trabajo de adaptación y reformulación en lenguaje claro de los consentimientos informados otorgados por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Se va a adaptar la terminología utilizada con una posterior reformulación del texto en su conjunto para obtener un resultado más comprensible para el público general al que está destinado este tipo de documentos. En la metodología se puede encontrar una descripción completa de la forma

concreta en la que se han realizado las adaptaciones intralingüísticas. Como señala Jakobson en su obra *On Linguistic Aspects of Translation* (1981), en la traducción intralingüística para buscar el equivalente de una palabra se utiliza un sinónimo o una breve explicación de esta unidad sintáctica que se quiere adaptar. En efecto, la lengua posee mecanismos para reexpresar una palabra o un mensaje de distintas maneras. Como indica Jakobson se puede optar directamente por un sinónimo (por ejemplo: cefalea = dolor de cabeza) o por una “paráfrasis”, es decir, una breve explicación a continuación del término a adaptar (por ejemplo: catéter, pequeño tubo de plástico). Se podría afirmar que el concepto de desteterminologización de Olga Campos Andrés mencionada en el apartado anterior es equivalente a la definición de traducción intralingüística de Jakobson. Esta equivalencia entre la desteterminologización de Campos Andrés y la traducción intralingüística de Jakobson se produce siempre que la reformulación sea más general que el texto fuente. Ambos conceptos se basan en la reformulación del texto, la desteterminologización tiene como objetivo la accesibilidad de textos especializados para el público general, mientras que la clasificación de Jakobson no tiene como objetivo simplificar el texto que se “traduce” dentro de la misma lengua. Se podría decir que la desteterminologización de Campos Andrés (2013) parte de la traducción intralingüística de Jakobson (1959), es más, dentro de los procedimientos de la desteterminologización, como ya hemos visto, está la sinonimia y la paráfrasis reformulativa (o circunloquio según Jakobson). Como resultado de esta conclusión, a continuación se empleará el término “desteterminologización” en vez de “traducción intralingüística” pues resulta más completo y adecuado para el contexto de este trabajo.

La traducción interlingüística es lo primero que se nos viene a la mente cuando escuchamos el término “traducción”, ya que se refiere al traslado de un mensaje de una lengua a otra, como hemos visto anteriormente que estableció Jakobson en su obra *On Linguistic Aspects of Translation* (1959). Desde el punto de vista de estudios recientes, este término resulta inexacto pues no se puede separar la traducción y los idiomas del contexto cultural en el que se enmarcan, por lo que actualmente suele preferirse el término: traducción intercultural. Traducir no consiste simplemente en trasladar un mensaje de manera literal de un idioma a otro, sino que hay muchas otras variables que dependen de la cultura que engloba cada lengua. Y no solo la cultura, una traducción también depende de la intención del texto, el público al que va dirigido, dónde va a publicarse, la extensión del original y la extensión que se pretende que tenga la traducción

etc... hay muchas variables que hay que tener en cuenta para una traducción de una lengua a otra. Jakobson defiende que cualquier enunciado puede ser traducido, ya sea mediante signos más complejos, estructuras sintácticas o nuevos recursos léxicos (préstamos, calcos, neologismos...). En este estudio la traducción interlingüística se va a reflejar por medio de las traducciones al inglés de textos fuente en español (los consentimientos informados para la anestesia) adaptados a lenguaje claro en la que también vamos a emplear los principios del lenguaje claro.

Con respecto al ámbito que nos atañe, la traducción médica, para poner en contexto esta disciplina se debe destacar la evolución de la medicina durante los últimos siglos. En este periodo de tiempo la medicina se ha convertido en una disciplina científica y ha ido generando cada vez más textos con información que necesita ser traducida. Esta afirmación se ve reforzada por Montalt en su artículo *Medical translation in the 21st century – challenges and trends* (2018) donde nos habla sobre la creciente necesidad en estos últimos años de traducir documentos médicos y cómo ahora esta demanda ha hecho que la traducción médica sea un nicho importante para traductores e intérpretes. Además, Montalt no solo habla sobre la cantidad de documentos a traducir sino también de la variedad de estos: “Thus, the scope of medical translation is rich and varied in genres – ranging from research articles to biomedical patents to fact sheets for patients –, terminologies, registers, styles, formats, modes as well as in health cultures and ethical restrictions and dilemmas” (Montalt, 2018, p.28)¹⁰. Debido a esta necesidad de traducir documentos tan variados, el paradigma de la traducción médica ha evolucionado muy rápido y ha motivado el surgimiento de nuevos enfoques dirigidos a la atención sanitaria y la investigación biomédica como son la atención centrada en el paciente o *patient-centred care* (PCC), la medicina personalizada o *personalised medicine* (PM) y a la medicina traslacional o *translational medicine* (TM). Estos tres nuevos enfoques en la medicina refuerzan la importancia de la adaptación y la comunicación con el paciente ofreciendo nuevos nichos potenciales para traductores e intérpretes. A partir de este nuevo planteamiento, se puede ver cómo la traducción de textos médicos semi-especializados adaptados para personas no especialistas, como lo son los pacientes y sus familiares, es una modalidad de la traducción médica que ha crecido significativamente en los últimos

¹⁰ “Así pues, el ámbito de la traducción médica es rico y variado en géneros -desde artículos de investigación a patentes biomédicas u hojas informativas para pacientes-, terminologías, registros, estilos, formatos y modos, así como en culturas sanitarias y restricciones y dilemas éticos” (Traducción propia)

años y cuya demanda en el momento presente sigue aumentando. Esta nueva perspectiva de la traducción médica más abierta permite rediseñar la concepción de que los textos especializados se deben traducir manteniendo el mismo registro y opacidad del texto original, ahora se tiene en cuenta al receptor del texto traducido (es decir, al paciente). Siguiendo esta corriente de pensamiento sobre la traducción y humanidades médicas, Montalt en su artículo *Medical Humanities and Translation* (2021) habla sobre el acercamiento médico-paciente: “Medical humanities has shown doctors how they can approach patients in a more sensitive and humane manner, and restore the human face of the physician without detracting from their clinical expertise”¹¹. (2021, p.144). A partir de esta idea de acercamiento y empatía con el paciente para que comprenda la información que está recibiendo por parte del médico, con la traducción de estos documentos (ya sean por medio de la traducción intralingüística [determinologización] o interlingüística), se derriba la barrera comunicativa que suele existir entre el médico y el paciente. El problema también está en que a los médicos formados en épocas anteriores no se les ha enseñado cómo comunicarse con el paciente en una “relación de igualdad” y por tanto les cuesta simplificar los conceptos que quieren explicar. Y es aquí donde el papel del traductor se vuelve fundamental, no solo para cambiar de idioma el mensaje, sino también dentro de la misma lengua para adaptar el mensaje a la situación comunicativa.

Por todo esto, la calidad de un texto ya no solo depende de su corrección y precisión terminológica con respecto al texto original, sino que como dice Montalt, la calidad de las traducciones también depende de cómo este texto se adapte a la situación comunicativa y al destinatario, en este caso, al paciente: “In this emerging scenario quality is not restricted to terminological accuracy and accessibility to factual knowledge but includes interpersonal and attitudinal dimensions such as how emotion and empathy are conveyed in texts and interactions, and how they affect the health of patients”¹². (2018, p. 38). Por tanto se podría decir que la medicina como disciplina actualmente no puede separarse de la carga emocional que supone para los pacientes una intervención,

¹¹ “Las humanidades médicas han mostrado a los médicos cómo pueden acercarse a los pacientes de una manera más sensible y humana, y restaurar el rostro humano del médico sin menoscabo de su conocimientos técnicos” (Traducción propia)

¹² “En este escenario emergente, la calidad no se limita a la precisión terminológica y la accesibilidad a los conocimientos fácticos, sino que incluye dimensiones interpersonales y actitudinales tales como la forma en que la emoción y la empatía se transmiten en los textos y las interacciones, y cómo afectan a la salud de los pacientes” (Traducción propia)

un diagnóstico etc... por tanto como traductores debemos tener en cuenta no solo los conocimientos previos del receptor y el registro que estos usuarios entienden, sino la carga emocional que tiene la traducción que producimos.

Partiendo de esta conclusión sobre la traducción médica, premisa en la cual se basa este trabajo, es momento de adentrarse y hablar sobre la disciplina médica sobre la que vamos a trabajar en este estudio: la anestesiología.

2.3 Anestesiología: conocimientos básicos

Primero partimos de la definición de anestesiología de Juan Pablo Gómez-Rojas en su artículo *Historia de la anestesiología*, según el cual la anestesiología es:

Una rama médica que nos permite por diferentes técnicas bloquear la percepción del dolor para la realización de un acto quirúrgico, además múltiples técnicas anestésicas permiten dar ansiólisis o sedación a pacientes que serán sometidos a algún procedimiento de mínima invasión. (2021, p.288).

Mientras que la anestesia, según el Gencat (Informació, tràmits i serveis de la Generalitat de Catalunya) es: “como un estado de insensibilidad que se consigue administrando medicamentos que eviten la sensación de dolor durante la cirugía”. A partir del concepto de anestesia nos podríamos preguntar también si el concepto de “sedación” es un sinónimo de “anestesiología”, pero no se trata en este caso de un sinónimo. La sedación consiste en la administración de fármacos que ayudan a la relajación y que pueden formar parte del proceso de anestesia. Los efectos de la sedación son graduales según la dosis que se administre al paciente. De menor a mayor efecto el paciente puede estar: relajado pero despierto, relajado y somnoliento y somnoliento pero dormido. Se podría afirmar que la sedación acompaña a la anestesia cuando se quiere relajar al paciente o directamente dormirlo dependiendo del procedimiento.

Para comprender un poco mejor en qué consiste la anestesia, primero debemos remontarnos a siglos atrás para comprender su evolución hasta nuestros días. La primera persona documentada que fue sometida a los efectos de la anestesia en la historia fue Horace Wells en 1844. Decidió probar los efectos del óxido de nitrógeno en sí mismo,

“Wells no sintió nada y fue el primer paciente intervenido bajo anestesia cuando su socio John Riggs le extrajo un diente”. (Gómez-Rojas, 2021, p. 291). Desde entonces, Wells empezó a aplicar anestesia en sus pacientes, pero decidió no patentar este descubrimiento pues consideraba que la ausencia de dolor durante una intervención quirúrgica debía ser “tan gratuito como el aire”. En 1845 Wells realizó una demostración para unos estudiantes de medicina en el Hospital General de Massachusetts (Boston). Sin embargo, el efecto del gas no fue el esperado, ya que el paciente que se presentó voluntario para la intervención era obeso y probablemente también alcohólico, por lo que acabó gritando de dolor. No obstante, después de que Wells abandonara la odontología tras este desafortunado experimento, uno de sus aprendices William Thomas Green Morton empezó a utilizar vapores de éter para adormecer a sus pacientes. Decidió seguir los pasos de su anterior maestro y también hizo una demostración de su nueva técnica en el Hospital General de Massachusetts. El paciente tras un estado inicial de excitación cayó dormido. “Warren en cinco minutos extirpó un tumor superficial congénito bajo el maxilar inferior en el lado izquierdo del cuello del paciente. A este evento se le considera el momento del nacimiento de la anestesiología moderna”. (Gómez-Rojas, 2021, p.292).

A partir de este descubrimiento de esta anestesia por inhalación de gases, es importante que veamos la evolución de la anestesia intravenosa (o endovenosa en el caso de Latinoamérica) que es la aplicada actualmente en combinación con la anestesia inhalatoria. Para cualquier intervención quirúrgica primero se inyecta un anestésico por vía intravenosa, y a la hora de la sedación, se hace inhalar al paciente un gas que en 10 segundos les duerme. Ya hemos visto esa parte de la inhalación, ahora vamos a adentrarnos en la anestesia intravenosa. En 1843 se inventó la aguja hueca y en 1853 se creó la jeringa hipodérmica (cánula que va por dentro de la piel). La combinación de estos dos utensilios permitieron la administración de medicamentos como la conocemos hoy en día. A mediados de 1900 diversos fármacos, incluido el éter, se suministraban ya por vía intravenosa para la sedación. En 1983 se produjo un gran avance con respecto a este tipo de anestesia, se consiguió solubilizar el propofol para una sedación de rápida degradación que permitía el uso de infusiones continuas de este medicamento para mantener la anestesia con un tiempo corto de eliminación y un despertar más rápido. A grandes rasgos, actualmente los medicamentos más utilizados para la anestesia inhalatoria pueden ser o gases anestésicos (óxido nitroso por ejemplo) o vapores anestésicos (como el éter o el cloroformo). Para la anestesia intravenosa existen tres tipos: hipnóticos,

analgésicos opiáceos u opioides (como la morfina o la codeína) y relajantes neuromusculares.

Ahora que ya conocemos la clasificación de los dos grandes tipos de anestesia según su administración, vamos a ver cómo se divide actualmente las técnicas anestésicas (basándonos también en los consentimientos en los que se basa este estudio ofrecidos por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila). Existen tres tipos: anestesia general, anestesia local y anestesia local o loco-regional.

La anestesia general “Es un estado de inconsciencia inducido por agentes inhalatorios y/o endovenosos, durante el cual los pacientes no responden a estímulos dolorosos intensos; además de hipnosis (pérdida de conciencia) la anestesia general debe producir amnesia (ausencia de recuerdos)”. (Bustamante, 2017, p. 676). En estado de “sueño artificial” el paciente no puede respirar por sí solo por lo que requiere asistencia respiratoria por ventilación mecánica. Este sistema de ventilación y las funciones vitales del paciente (como es la función cardíaca) son monitoreados por máquinas, las cuales son supervisadas por el anestesista que hace los ajustes necesarios dependiendo de múltiples causas ya sean por problemas que pueden surgir durante la operación, patologías previas del paciente (como por ejemplo alergias a ciertos anestésicos) etc. Este tipo de anestesia, como hemos visto anteriormente, se administra por inhalación y por vía intravenosa. La anestesia general inhalatoria es precedida por una inyección de fármacos que producen una insensibilidad total reversible por vía intravenosa. Una vez que el paciente pierde la conciencia se le administran relajantes musculares (por vía intravenosa) si son necesarios para la cirugía o si va proceder a una intubación endotraqueal. La anestesia se mantiene en forma inhalatoria durante toda la intervención quirúrgica por medio de la vaporización de agentes inhalatorios en una mezcla de oxígeno/aire u oxígeno/protóxido de nitrógeno. La anestesia general intravenosa “se induce y mantiene por vía endovenosa con un agente hipnótico y un opioide de rápida metabolización”. (Bustamante, 2017, p. 676). Como hemos visto antes, también se inyectan bloqueadores neuromusculares debido a la necesidad de la relajación muscular del paciente durante el periodo quirúrgico. En la actualidad, se administran infusiones de medicamentos personalizadas para cada paciente (TCI, de *Target Controlled Infusion*) en concentraciones estables.

La anestesia general permite la realización de cualquier tipo de cirugía, pero (sic) especialmente las cirugías más complejas de abdomen superior, tórax, cabeza y cuello. También es un recurso ante las contraindicaciones médicas de la anestesia regional o el rechazo del paciente a tales procedimientos. (Bustamante, 2017, p.677).

La anestesia loco-regional o regional “Se usa para insensibilizar solo la región del cuerpo en la que se encuentra el sitio de la cirugía. La inyección del anestésico local se realiza en el área por donde pasan los nervios que proveen la sensibilidad de aquella parte del organismo”. (Bustamante, 2017, p. 675).¹³ Este tipo de anestesia se divide en dos grandes grupos: bloqueos de nervios neuroaxiales y bloqueos de nervios periféricos. Los bloqueos neuroaxiales se refieren a la administración de anestésicos locales en el “neuroeje” y comprende la anestesia subaracnoidea (también conocido como anestesia espinal o raquídea), la anestesia peridural o epidural y la anestesia combinada (una mezcla de ambas técnicas). En la anestesia subaracnoidea se inyecta una pequeña cantidad de anestésico local en el líquido céfalo raquídeo, por debajo de donde termina la médula espinal, lo que permite insensibilizar la mitad inferior del cuerpo y realizar una intervención quirúrgica sin ninguna sensación dolorosa. En general, este tipo de anestesia está especialmente indicado para procedimientos cortos y simples como por ejemplo una cesárea o una cirugía traumatológica de las extremidades inferiores y algunos procedimientos del abdomen inferior y pelvis como histerectomía. El uso de la anestesia epidural (que también insensibiliza la mitad inferior del cuerpo) se utiliza sobre todo en obstetricia, traumatología y cirugía torácica. A diferencia de la anestesia subaracnoidea, la instalación de un catéter a nivel lumbar, permite que una paciente pueda estar horas sin dolor durante un parto prolongado por ejemplo.

La anestesia local “Consiste en el depósito de un anestésico local en un área particular del cuerpo que va a ser intervenida, lo que provoca una detención temporal de las aferencias que transmiten los estímulos dolorosos y, por ende, una insensibilidad de la zona”. (Bustamante, 2017, p. 674). Los tipos de anestesia local más conocidos son por

¹³ En los documentos otorgados por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles utilizan indistintamente el término “anestesia regional” y “anestesia loco-regional” por lo que, para evitar futuras confusiones, a lo largo de este trabajo se acuñará el término: “anestesia regional”, que es el empleado correctamente en este ámbito.

ejemplo las gotas que se usan para insensibilizar la cámara anterior del ojo, las pomadas que se aplican antes de una punción vascular y aquellas que se administran mediante una inyección, como en un procedimiento dental, que se administra la anestesia mediante una inyección en la encía o en el paladar (dependiendo de qué zona se quiera dormir). Estas técnicas suelen ser aplicadas por los propios especialistas que consultan a los anestesiólogos sobre las dosis y el uso de vasoconstrictores. Los pacientes pueden estar totalmente despiertos o con distintos grados de sedación durante este tipo de intervenciones.

3 METODOLOGÍA

3.1 Clasificación y criterios de selección de los consentimientos

Antes de comenzar con la adaptación y traducción al inglés de los documentos, se realizó una primera lectura de los consentimientos recibidos por parte del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. A continuación, se cambió el nombre de los archivos PDF para facilitar la posterior selección. Los nombres de los archivos quedaron de la siguiente manera (columna izquierda: nombre original, columna derecha: nombre asignado por la investigadora):

- Documento.pdf → COMPLICACIONES GENERALES ANESTESIA.pdf
- Documento1.pdf → ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA.pdf
- Documento2.pdf → ANESTESIA EPIDURAL POSOPERATORIA.pdf
- Documento3.pdf → ANESTESIA GENERAL.pdf
- Documento4.pdf → ANESTESIA LOCO-REGIONAL.pdf
- Documento5.pdf → CATETERIZACIÓN VÍA CENTRAL.pdf
- Documento6.pdf → LAPAROSCOPIA.pdf
- Documento7.pdf → ADMINISTRACIÓN HEMODERIVADOS.pdf
- Documento8.pdf → SEDACIÓN PROFUNDA.pdf

Tras cambiar el nombre de los documentos se establecieron una serie de criterios para seleccionar los consentimientos informados más adecuados para este estudio en cuanto a: temática, nivel de especialización, estructura extensión y calidad de la edición y

redacción. Se han tenido en cuenta tanto las características formales de los textos como el contenido de estos.

- a) **Temática:** consideramos que sería interesante para el trabajo seleccionar al menos un documento más general y otro sobre una técnica anestésica más específica para trabajar con textos de distintas dificultades a nivel lingüístico, terminológico y de contenido. Hubo textos que ya desde el principio no pasaron este “primer filtro” pues no son consentimientos informados para la administración de la anestesia, sino que se tratan de consentimientos para otras intervenciones quirúrgicas en las que la administración de anestesia desempeña un papel muy importante. Este es el caso de los consentimientos informados para la laparoscopia y la administración de hemoderivados. La laparoscopia no es una técnica anestésica, sino un procedimiento quirúrgico por el cual el cirujano puede explorar el abdomen del paciente sin tener que abrirlo. En esta intervención se requiere la administración de anestesia general, pero no se trata de un tipo de anestesia en sí misma. Por otro lado, la administración de hemoderivados tampoco es una técnica anestésica, sino que se trata una transfusión de sangre, componentes de sangre y derivados de plasma con fines terapéuticos. Este procedimiento se puede realizar durante intervenciones quirúrgicas (en las que se aplica anestesia general) y, al igual que para la anestesia, el paciente tiene que dar su consentimiento por escrito expreso de si quiere o no quiere que se le administren hemoderivados durante la operación, Por tanto, podemos afirmar que tampoco se trata de un tipo de anestesia pero al administrarse por vía intravenosa al igual que la anestesia, este procedimiento entra dentro de las competencias del anestesista y por ello ambos documentos forman parte de la documentación proporcionada por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.
- b) **Nivel de especialización:** aunque todos los documentos en general compartan un nivel de especialización muy elevados, hay algunos textos que intentan explicar con un poco más de detalle la intervención de la que tratan, mientras que otros hablan directamente de los posibles riesgos y contraindicaciones sin indagar en la intervención en sí.

c) **Estructura:** cabría esperar que, al tratarse de documentos producidos por el mismo hospital y el mismo servicio de anestesia y reanimación, todos estos textos compartieran la misma estructura. Sin embargo, esto no es así y cada uno organiza la información de distinta manera. Además las palabras que se destacan (negrita, subrayadas, cursiva etc.) en los textos tampoco se hacen de manera homogénea a veces dentro de un mismo documento se resaltan los títulos de los apartados con un subrayado, mientras que otras se destacan en negrita. No obstante, el único apartado que comparten todos los consentimientos son las dos últimas páginas en las que deben figurar los datos del médico, del paciente y sus respectivas firmas junto con el lugar y la fecha del consentimiento. Además, casi todos los documentos (excepto ANESTESIA GENERAL.pdf) comparten una última sección titulada: RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19. La distribución de los apartados de cada documento son de elaboración propia de modo que a partir del contenido de estas secciones se pueda seleccionar posteriormente aquellos que sean de más utilidad para este estudio. Además, esta distribución también será utilizada para una posterior comparación con el índice final de contenidos que se creará a partir de los siguientes apartados:

⇒ COMPLICACIONES GENERALES ANESTESIA.pdf:

- Autorización y consentimiento del paciente para someterse a la anestesia
- Tipos de complicaciones
- Situaciones por las que pueden aumentar los riesgos durante la intervención
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA.pdf:

- En qué consiste la analgesia epidural
- Cómo se realiza la técnica
- Alternativas a la analgesia epidural durante el parto
- Riesgos típicos
- Contraindicaciones absolutas y relativas
- Apartado sobre cómo se procedería cuando el parto anterior fue por

cesárea

- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ EPIDURAL POSOPERATORIA.pdf:

- En qué consiste la intervención, cómo se realiza, cuál es el propósito
- Alternativas
- Riesgos típicos y complicaciones
- Complicaciones de la punción y administración de fármacos epidurales
- Riesgos individualizados
- Contraindicaciones
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ ANESTESIA GENERAL.pdf:

- En qué consiste la intervención, cómo se realiza, cuál es el propósito
- Alternativas
- Riesgos típicos y complicaciones
- Contraindicaciones
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ ANESTESIA LOCO-REGIONAL.pdf:

- En qué consiste la intervención, cómo se realiza, cuál es el propósito
- Alternativas
- Riesgos típicos y complicaciones
- Contraindicaciones
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ CATETERIZACIÓN VÍA CENTRAL.pdf:

- Qué es la vena subclavia

- Motivos de la cateterización
- Consentimiento
- Alternativas para llegar a la vena subclavia
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ LAPAROSCOPIA.pdf:

- Descripción del procedimiento
- Beneficios del procedimiento
- Alternativas
- Riesgos generales y específicos
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ ADMINISTRACIÓN HEMODERIVADOS.pdf:

- Consentimiento general para la NO transfusión de hemoderivados durante el procedimiento
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

⇒ SEDACIÓN PROFUNDA.pdf:

- En qué consiste la intervención, cómo se realiza, cuál es el propósito
- Exploraciones digestivas como colonoscopias, gastroscopias
- Alternativas
- Riesgos típicos y complicaciones
- Contraindicaciones
- Descripción de la situación por COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por COVID-19
- Plantilla para rellenar con los datos del médico y el paciente

Como se ha indicado anteriormente, algunos de los apartados listados no figuran tal cual en dichos documentos ya que la distribución ha sido diseñada por la investigadora siguiendo los contenidos de los consentimientos, sin embargo la distribución de la información es tal cual la indicada. En algunos consentimientos, sí se introduce el apartado con un título, este puede estar destacado (o no) en algunos casos en cursiva y, en otros, en negrita dependiendo del documento en el que estemos. Como se puede apreciar no todos los consentimientos tienen el mismo número de apartados ni coinciden en el contenido de estos. A fin de obtener un corpus homogéneo, hemos querido seleccionar los textos que tienen, como mínimo, estos apartados:

- En qué consiste la intervención, cómo se realiza, cuál es el propósito
- Beneficios del procedimiento
- Riesgos generales y específicos
- Complicaciones
- Contraindicaciones

d) **Extensión:** todos los documentos son de cuatro páginas. Las dos primeras contienen información sobre la intervención y las dos últimas los datos del médico y del paciente y sus respectivas firmas junto con la fecha y el lugar del consentimiento. Sin embargo, el documento ANESTESIA GENERAL.pdf tiene una página en blanco entre estos apartados por lo que, en la práctica, tiene 3 páginas y, bajo solamente este criterio, podríamos descartarlo para este trabajo por su menor extensión.

e) **Calidad de la edición y redacción:** cabría esperar que, al tratarse de documentos con una importancia tan evidente como es un consentimiento donde al paciente le informan sobre las características y riesgos de someterse a la anestesia, fueran textos estructurados con un formato determinado y revisados en cuestiones de edición y redacción. Sin embargo, como este no ha sido el caso decidimos añadir este apartado. En la mayoría de documentos encontramos fallos de maquetación y formato como, por ejemplo, líneas de texto compuestas por tan solo cuatro o cinco palabras. También hay distintos tamaños de letra dentro de un mismo apartado o párrafo, erratas, errores ortográficos etc... El error más repetido se encuentra en la sección que comparten casi todos los documentos sobre la

pandemia del COVID-19 que mencionamos anteriormente. A lo largo de este apartado faltan espacios entre muchas palabras lo que dificulta la lectura y comprensión del texto. Por ejemplo, en la siguiente frase, encontramos las palabras “bioseguridad” y “necesaria” fusionadas: “En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la **bioseguridadnecesaria** al paciente y equipo sanitario”. Y este es un error de edición que se repite con mucha frecuencia a lo largo de todo el apartado y hace la lectura más incómoda por lo que esto también supone una dificultad en la comprensión, lo que también hace el texto menos legible. Por esto, se hizo una selección de los textos en los que se encuentran todos los errores mencionados en este apartado, ya sea en mayor o en menor medida. Todos los consentimientos recibidos por parte del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles presentan todos los errores listados anteriormente, por lo que se trata de único criterio que cumplen todos documentos.

Ahora que hemos analizado los diferentes criterios de selección en los que nos hemos basado para hacer la criba de los documentos, vamos a elegir los consentimientos con los que vamos a trabajar. Primero se hizo un código de colores por los que se iban descartando con una “etiqueta” roja (etiquetas de macOS para organizar archivos) los documentos que no cumplieran con alguno de los criterios explicados en el apartado anterior. Luego, se iban marcando con un indicador verde los que sí cumplieran con todos los requisitos. A continuación, se adjunta una tabla con cada documento y el motivo de exclusión para este estudio:

	CRITERIO DE EXCLUSIÓN	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
COMPLICACIONES GENERALES ANESTESIA.pdf	Nivel de especialización y estructura	Nivel de especialización: es un documento que no trata sobre ninguna práctica anestésica en concreto, sino que se trata de las complicaciones generales que pueden surgir al administrar tres tipos de anestesia

		<p>diferentes: ANESTESIA GENERAL, LOCAL O LOCO-REGIONAL.</p> <p>Estructura: no tiene ninguno de los apartados que se quieren mantener para el posterior índice final de contenidos.</p>
<p>ANESTESIA EPIDURAL POSOPERATORIA.pdf</p>	<p>Extensión y nivel de especialización</p>	<p>Extensión: en número de palabras es el texto más corto de todos (sin tener en cuenta el apartado sobre el Covid-19 que comparten casi todos los documentos).</p> <p>Nivel de especialización: no hay mucha terminología especializada con la que trabajar.</p>
<p>CATETERIZACIÓN VÍA CENTRAL.pdf</p>	<p>Extensión</p>	<p>Es demasiado más corto como para formar parte de este estudio. El apartado sobre el procedimiento (anterior a la sección sobre el COVID-19 compartida por casi todos los consentimientos) no llega a ocupar ni media página.</p>
<p>LAPAROSCOPIA.pdf</p>	<p>Temático</p>	<p>La laroscopia no es un tipo de anestesia por lo que se descarta automáticamente.</p>
<p>ADMINISTRACIÓN HEMODERIVADOS.pdf</p>	<p>Temático</p>	<p>La administración de hemoderivados no es un tipo de anestesia por lo que se descarta automáticamente.</p>

<p>SEDACIÓN PROFUNDA.pdf</p>	<p>Extensión</p>	<p>Extensión: es demasiado más corto como para formar parte de este estudio. El apartado sobre el procedimiento (anterior a la sección sobre el COVID-19 compartida por casi todos los consentimientos) no llega a ocupar ni media página.</p>
-------------------------------------	------------------	---

Finalmente, los documentos escogidos que cumplen con todos los criterios para formar parte de este estudio son los siguientes:

- ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA.pdf
- ANESTESIA LOCO-REGIONAL.pdf
- ANESTESIA GENERAL.pdf

Se tomó la decisión de escoger tres documentos en vez de dos como se indicaba en el subapartado de “Temática” porque la extensión total de estos documentos, medida en número de palabras, es bastante reducida, sobre todo teniendo en cuenta que todos los documentos (excepto ANESTESIA GENERAL.pdf) comparten un mismo apartado sobre el COVID-19. La extensión total de los textos fuente seleccionados es de una página completa de contenido sobre la intervención en sí. No se consideró como criterio la inclusión del apartado sobre el COVID-19, pues al ser una sección compartida por todos los consentimientos, se trata un texto que será trabajado una sola vez para la adaptación y traducción de estos consentimientos, y luego se mantendrá exactamente igual en el resto de documentos.

Ahora que se conoce paso por paso qué criterios se han seguido para la selección del índice final contenidos de los consentimientos con los que se van a trabajar en este estudio, a continuación adjunta la lista con los apartados en los que se va a administrar la información para la adaptación y la traducción al inglés de los consentimientos finalmente seleccionados.

El índice final de contenidos que se va a aplicar en la posterior adaptación lingüística y traducción al inglés son los siguientes:

- En qué consiste la intervención
- Cómo se realiza
- Propósito de la intervención
- Complicaciones
- Contraindicaciones
- Consentimiento informado
- Descripción de la situación por el COVID-19
- Riesgos generales en relación a la pandemia por el COVID-19

Todos estos apartados se respetarán en todas las adaptaciones y traducciones, excepto con el documento de consentimiento informado para la anestesia general. Como se indicó anteriormente, este documento no cuenta con los apartados sobre el COVID-19, por lo que se tomó la decisión de respetar el texto origen. Consideramos que solo trabajaríamos con el texto origen que se nos envió, sin añadir documentos o apartados extra, por lo que si en el consentimiento informado para la anestesia general no aparece la información sobre el COVID-19, esto se mantendrá igual tanto en la adaptación como en la traducción al inglés.

Ahora que se ha decidido el índice final de contenidos en el que se va basar la adaptación y traducción de los documentos, se va a proponer un encargo de adaptación y traducción ficticio para el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles a partir del cual se va a elaborar una estrategia para su traducción y adaptación.

Se trata de un encargo de traducción y adaptación del servicio de anestesia y reanimación del Hospital de Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila) para una adaptación lingüística y traducción inversa al inglés de los consentimientos informados de los siguientes documentos:

1. ANESTESIA GENERAL.pdf
2. ANESTESIA LOCO-REGIONAL.pdf
3. ANESTESIA EPIDURAL.pdf

Tipo de trabajo: “adaptación lingüística en español y traducción inversa al inglés”.

Temática: textos médicos especializados (anestesia).

Destinatario: hombres y mujeres mayores de 18 años o menores acompañados de un tutor legal.

Objetivo del encargo: la adaptación lingüística de los consentimientos informados para que estos textos sean más comprensibles y facilitar así la comunicación médico-paciente. Y la traducción al inglés de estos mismos documentos para proporcionar una atención más igualitaria a todos los pacientes hablen o no español. Se pretende que ambos textos resulten de utilidad para el paciente y que este comprenda perfectamente el procedimiento al que se va a someter.

A partir de este encargo, se tomó la decisión de “dividirlo” en dos. Primero se realizó la adaptación a lenguaje claro de los documentos en castellano y, posteriormente, se tradujeron estos textos ya en lenguaje claro hacia el inglés. En lugar de traducir los consentimientos originales al inglés y “readaptar” estos textos a *plain language*, se decidió traducir los textos ya adaptados a lenguaje claro al inglés, pues esta es la manera que se consideró más eficiente. El paso de adaptación del contenido al receptor ya está hecho en las adaptaciones y es un paso menos a la hora de traducir los consentimientos por lo que se rentabiliza el trabajo ya hecho para las adaptaciones a lenguaje claro.

3.2 Estrategias de adaptación a lenguaje claro

En este apartado primero comentaremos las estrategias que se siguieron para la adaptación de los consentimientos informados y después las utilizadas para la traducción al inglés. Hay que destacar, como ya se indicó anteriormente, que para la traducción al inglés se tomaron como texto origen los documentos adaptados.

Para las cuestiones de terminología de los consentimientos, se decidió partir de la bibliografía sobre lenguaje claro utilizada para realizar este estudio. Se escogió emplear las estrategias de desterminologización establecidas por Olga Campos Andrés en su artículo *Procedimientos de desterminologización: traducción y redacción de guías para pacientes* (2013). Al ser estrategias especialmente creadas para este tipo de documentos destinados a pacientes, fue muy útil para gestionar todas las cuestiones terminológicas que fueron surgiendo a lo largo de la adaptación. A continuación se adjuntan ejemplos de

cada una de las estrategias (explicadas en detalle en el marco teórico de este trabajo) aplicados a los consentimientos informados.

a) Definición:

- **Shock:** el cuerpo no recibe el suficiente oxígeno debido a que el corazón no bombea lo suficiente debido a una insuficiencia, por ejemplo
- [...] la **hipertensión** se produce cuando la presión arterial (la fuerza del bombeo de la sangre) está por encima de los niveles [...]
- La **anestesia general** consiste en inducir un estado reversible de pérdida de conciencia al paciente mediante analgesia (pérdida de la sensibilidad al dolor) y relajantes musculares.
- [...] **abscesos** (cavidades donde se acumula pus) [...]

b) Sinonimia:

- [...] se inyectan mediante **un pequeño tubito de plástico o catéter**.
- Dificultades para mantener la **vía aérea (garganta)** abierta
- Este tipo de anestesia se realiza mediante la inyección de medicamentos anestésicos en **la parte baja de la espalda o espacio epidural** [...]

c) Paráfrasis reformulativa:

- Imposibilidad de intubación, **es decir**, no se puede introducir el tubo que se conecta al respirador (aparato de respiración artificial)
- Hemorragia por hipovolemia, **es decir**, debido a la disminución grave de la cantidad de sangre que circula por el cuerpo por lo que el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre [...]
- [...] o shock (el cuerpo no recibe el suficiente oxígeno debido a que el corazón no bombea lo suficiente debido a una insuficiencia, **por ejemplo**)

d) Analogía:

- En un parto difícil sería necesaria el uso del **fórceps (instrumento en forma de tenaza** que sirve para guiar la cabeza del bebé fuera de la vía del parto)

e) Hiperonimia:

- Imposibilidad de intubación, es decir, no se puede introducir el tubo que se conecta **al respirador (aparato de respiración artificial)**

Se debe destacar que finalmente no se empleó la **ejemplificación** (la última estrategia establecida por Campos Andrés) para la adaptación a lenguaje claro de estos consentimientos porque no fue necesario. No se consideró que fuera necesaria añadir ningún ejemplo para mejorar la comprensión de estos textos, se prefirió emplear la sinonimia o analogía en lugar de añadir ejemplos para ilustrar los conceptos que se trataban en estos textos.

Todas las estrategias enumeradas y ejemplificadas anteriormente fueron empleadas durante toda la adaptación. Todas estas estrategias fueron más que suficientes para abordar todos los problemas terminológicos que iban apareciendo a lo largo de los textos.

Tras haber abordado la cuestión terminológica, procedemos a comentar la corrección de errores de los documentos. Sobre todo se tratan de errores en el formato y erratas cometidas por una falta de revisión o posesión de los textos. La mayoría de estos errores se concentran en los apartados: “DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN” y “RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19”. A continuación se adjunta una captura de pantalla del texto original del consentimiento informado para la anestesia regional, la cual muestra el tipo de error de formato del que estamos hablando. El apartado de la siguiente captura comprende parte de “DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN” y todo el apartado de “RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19”.

Desde el Hospital, se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de reducir el riesgo de infección tanto como sea posible. Así, entre otras medidas, salvo que mejore la situación, usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán **almáximo** para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o ha tenido síntomas/signos de sospecha de infección por COVID-19 **en los** últimos 14 días como son: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre > 37,3°, u otros síntomas relacionados con la covid-19 que usted considere señalar. Asimismo, ha de informar al médico si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, y por último, si ha respetado los términos del confinamiento obligatorio impuesto durante **lavigencia** del ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la **bioseguridad necesaria** al paciente y equipo sanitario. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, **dado** el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus, la cercanía física del personal sanitario al paciente para **los tratamientos** e intervención quirúrgica y la generación inevitable de aerosoles en quirófano aún con todos los **medios de** protección, seguridad e higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio del COVID-19.

Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares o vasculares en este contexto de pandemia por COVID-19.

Asimismo hay circunstancias especiales que favorecen la transmisión y posible gravedad de la infección del COVID-19 como son: pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes **con inmunosupresión**.

Si bien nos es imposible conocer con certeza el riesgo que entraña demorar más la cirugía frente al riesgo de contraer una infección por COVID-19 durante su estancia hospitalaria, en su caso concreto, el equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales superan **alos** riesgos por lo que le proponemos ser intervenido en este momento.

Como se aprecia por los fragmentos subrayados, faltan espacios entre las palabras. Se tratan de erratas que dificultan la lectura del texto y por tanto hacen también más difícil la comprensión del consentimiento. Todas estas erratas fueron corregidas en las adaptaciones a lenguaje claro adjuntadas en el anexo de este trabajo.

Siguiendo con el formato, se debe hablar también de la estructura y distribución de apartados. Como se indicó anteriormente en la primera parte de la metodología de este estudio, no todos los documentos comparten la misma estructura y ninguno la presenta de manera clara. En los textos originales es imposible que en un primer vistazo se pueda vislumbrar cómo se ha distribuido la información. Para solucionar esta cuestión se decidió que los tres documentos compartirían los mismos apartados y que estos estarían perfectamente diferenciados introducidos con un título en negrita. La distribución final de los contenidos quedó presentada de la siguiente manera:

- **¿En qué consiste la intervención?**
- **¿Cómo se realiza?**
- **Propósito de la intervención**
- **Complicaciones**
- **Contraindicaciones**

Dentro de cada apartado no figura la misma información, pues cada procedimiento es distinto y no todos tienen las mismas complicaciones y contraindicaciones. Sin embargo, ahora el paciente desde un primer vistazo puede ver de qué apartados se compone el documento y dirigirse directamente a la sección que más le interese.

El apartado de los consentimientos sobre el COVID-19 y el formulario a rellenar con los datos del paciente y el médico se mantuvo igual en todos los documentos. En el apartado sobre el COVID-19 se destacaron algunas frases y palabras en negrita con el mismo propósito de que el paciente pueda ir a la información que más le interese sin necesidad de que lea todo el texto si no lo desea. Por ejemplo, puede ir directamente a las “medidas” o “Es necesario que informe al médico”... apartados que consideramos que podría ser de especial interés para el paciente.

A pesar de todos estos cambios en el formato y la distribución de los consentimientos, es importante aclarar que toda la información que figura en los textos originales está presente en todas las adaptaciones. Aunque se haya reformulado y simplificado la información de los textos con una sintaxis más simple por medio de frases más cortas y simples, no quiere decir que estos documentos sean menos completos, sino que se tratan de textos más claros y fáciles de comprender presentando la misma cantidad de información. Al tratarse de consentimientos informados para el paciente, es tan importante tanto la información en sí como la presentación y distribución de esta. Pues el paciente debe entender el documento pero también debe estar informado de todos los riesgos que puede suponer esta intervención para que pueda tomar una decisión de manera libre y documentada.

Es importante señalar que los consentimientos informados para el paciente se tratan de textos impersonales. Su función es otorgar al paciente toda la información necesaria para que pueda decidir si se somete a un procedimiento (en el caso de este estudio, un procedimiento anestésico) o no. Por lo tanto, el uso de pronombres es muy limitado pero se tomó la decisión de mantener el “usted” por cuestiones de convención y para mantener esa autoridad que también caracteriza a estos documentos, ya que estos son emitidos por entidades oficiales, en este caso, el Sacyl.

Ahora que hemos comentado las estrategias principales en cuanto al contenido y el formato de las adaptaciones a lenguaje claro de los consentimientos informados para la anestesia general, anestesia regional y anestesia epidural obstétrica, vamos a hablar a continuación sobre las estrategias empleadas para la traducción inversa al inglés de estas adaptaciones.

3.3 Estrategias de traducción al inglés

Al tratarse de una traducción de los consentimientos en español ya adaptados a lenguaje claro no es necesario hacer un trabajo de simplificación del texto origen. Sin embargo, hay cuestiones que se tuvieron abordar tanto terminológicas como culturales y de sintaxis en inglés.

Primero, al igual que en el apartado anterior sobre los documentos adaptados, hablaremos sobre la terminología y las estrategias principales que se emplearon para abordar estas cuestiones. En general, al haber aplicado las técnicas de desteminologización con los consentimientos en español, al hacer la traducción en inglés no aparecieron tantos problemas de terminología como podría ocurrir con un texto especializado médico al uso. Sin embargo hay ciertas palabras que resultaron más problemáticas y costó más encontrar su equivalente o se tuvo que hacer alguna adaptación. La mayoría de cuestiones terminológicas surgieron debido a que estos textos están destinados no solo para hablantes nativos del inglés, sino también para cualquier otra persona que no sepa español pero que sí entienda el inglés aunque no sea su primera lengua. Por lo tanto se decidió mantener una homogeneidad terminológica y usar siempre la misma palabra para referirnos a una misma realidad prescindiendo de utilizar sinónimos. De esta forma, aunque el texto pueda resultar algo repetitivo, la información queda totalmente clara. Dos ejemplo de esta estrategia son los siguientes:

- **Doctor:** se decidió utilizar este término para traducir la palabra “médico” en lugar de *physician*, pues es más claro para un hablante no nativo de inglés y resulta más transparente que *physician* que puede dar lugar a confusión.
- **Procedure:** para traducir “intervención” se optó por *procedure* en vez de por *surgery* (operación/ cirugía), pues la anestesia no solo se utiliza para operaciones

o cirugías sino también para otro tipo de intervenciones como pueden ser pruebas diagnosticas, colonoscopias... El término *procedure* al igual que intervención en español es más general y engloba tanto las cirugías como el resto de procedimientos que puedes experimentar como paciente sometido a cualquier tipo de anestesia. Es más, para demostrar el sentido tan amplio que tiene este término, según el *Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina* de Fernando Navarro (2005), *procedure* puede ser traducido como: intervención quirúrgica, técnica quirúrgica, operación, maniobra, técnica, método, conducta, protocolo, reglamento, norma, modo o manera.

Se plantearon problemas de terminología durante la traducción del último apartado de los consentimientos donde figuran las firmas del paciente y el médico para consentir o revocar la anestesia. La problemática surgió con los siguientes términos:

- NHC fue traducido por **MRN**: el NHC (Número de Historia Clínica) fue traducido por MRN (Medical Record Number), pues es la traducción literal y exacta de este identificador que sirve para marcar y archivar las historias clínicas hospitalarias. Consideramos que era importante también que fuera una sigla para mantener la homogeneidad entre las adaptaciones y sus traducciones.
-
- **NÚMERO DE COLEGIADO** fue traducido por **MEDICAL EDUCATION NUMBER**: en cuanto al número de colegiado también se optó por una traducción literal pues no en todos los países esta identificación funciona de la misma manera. Sin embargo *Medical Education Number* resulta el equivalente perfecto el cual además existe y se utiliza frecuentemente en inglés. Además, a pesar de ser un texto en inglés hay que tener en cuenta que refleja la realidad del sistema sanitario español por lo que equivalentes naturales del inglés no se pueden aplicar pues pueden describir realidades que en España no existen.

Hubieron varios términos que dieron problemas a la hora de traducir. Para exponer algunos de los problemas de traducción hemos decidido explicar los siguientes ejemplos que exponen muy bien el tipo de problemas terminológicos que han ido surgiendo a lo largo de la traducción de los textos:

- “Complicaciones derivadas de punción de vías centrales” fue traducido como **Central Venous Catheter complications**: se tomó la decisión de no traducir de manera literal este subtítulo pues no resulta natural en inglés el uso de *via* para hablar de las “vías” del cuerpo humano en términos médicos. Por lo que tras una documentación sobre en qué consiste el procedimiento se decidió hacer una breve descripción de este de manera que el paciente entienda de un vistazo de qué trata este subapartado. Además, más arriba aparece el término *catheter* y ya aparece que se realiza por medio de una inyección y es definido brevemente como: “small tube” por lo que le lector ya sabe qué es y no le resulta extraño.

El uso de **delivery, childbirth y labour** para referirnos al parto: en inglés existen tres términos diferentes para hablar de parto por lo que dependiendo del contexto de la frase se debe usar uno u otro. A pesar de ser tres palabras diferentes las tres se utilizan en inglés con frecuencia y ninguna resulta extraña para un lector de inglés, ya sea el inglés su primera lengua o no. El uso de cada término es el siguiente:

- *Delivery*: este término se utiliza para referirnos al parto una vez terminado o “período expulsivo”, término acuñado por Fernando Navarro en el *Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina*. “The pain is dulled 20 to 30 minutes after the catheter is placed and the effect of the anaesthetics remains for up to 2 to 3 hours after **delivery**”¹⁴.
- *Labour*: este término se refiere a todo el proceso del parto desde las contracciones. Por lo tanto se podría decir que “el *labour* termina en el *delivery*”. “[...] so the alternative is not to accept epidural analgesia and endure the pain of **labour**”.¹⁵ Según el *Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina* de Fernando Navarro, a veces *labour* se utiliza para referirse solo a las contracciones o dolores del parto; es decir, a lo que suele conocerse como período

¹⁴ “El dolor se calma 20 o 30 minutos después de haber colocado el catéter y el efecto de los anestésicos dura hasta 2 o 3 horas después del parto”. (Traducción propia).

¹⁵ “[...] por lo que la alternativa que existe es no aceptar la analgesia epidural y soportar los dolores del mismo”. (el mismo siendo el parto) (Traducción propia)

de dilatación (o trabajo de parto), para distinguirlo de *delivery* (parto ya terminado o “expulsión”).

- *Childbirth*: este término es todo el proceso del parto en su conjunto, desde el principio hasta el final. “This is the only type of anaesthesia for **childbirth** without negative consequences for the new-born [...]”.¹⁶

Para destacar el tipo de problemas que pueden surgir con la traducción de textos para personas de diversas procedencias vamos a exponer el siguiente ejemplo:

- Traducción de grados centígrados en el apartado “DESCRIPTION OF THE GENERAL DURING COVID-19”¹⁷: se tomó la decisión de pasar los 37,3 °C a grados Fahrenheit 99.140 °F para los hablantes nativos de inglés que no estén familiarizados con los grados centígrados. Sin embargo, como es un texto no solo destinado a hablantes nativos, se mantuvieron también los 37,3 °C para aquellos pacientes que no manejen los grados Fahrenheit.

No se hicieron cambios en la estructura con respecto a las adaptaciones. Se mantuvo la misma distribución de contenido para que hubiera uniformidad entre todos los consentimientos tanto en español como en inglés. La distribución de contenido de las traducciones quedó de la siguiente manera (subtítulos de los apartados):

- **How does the procedure work?**
- **What is this procedure about?**
- **Purpose of the procedure**
- **Possible complications of the procedure**
- **Contraindications of the procedure**

¹⁶ “Este es el único tipo de anestesia para el parto sin consecuencias negativas para el recién nacido [...]”. (Traducción propia)

¹⁷ DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN GENERAL POR COVID-19 (Traducción propia)

Al igual que con las adaptaciones, dentro de cada apartado no figura la misma información, pues cada procedimiento es distinto y no todos tienen las mismas complicaciones y contraindicaciones. Sin embargo, ahora el paciente desde un primer vistazo puede ver de qué apartados se compone el documento y dirigirse directamente a la sección que más le interese.

El apartado de los consentimientos sobre el COVID-19 y el formulario a rellenar con los datos del paciente y el médico para consentir o revocar la anestesia, se mantuvo igual en todos los documentos traducidos al igual que en las adaptaciones. En el apartado sobre la COVID-19: “*DESCRIPTION OF THE GENERAL DURING COVID-19*”¹⁸ y “*GENERAL RISKS DURING THE COVID-19 PANDEMIC*”¹⁹ se destacaron las mismas frases y palabras en negrita que en la adaptación a lenguaje claro con el mismo propósito de que el paciente pueda ir a la información que más le interese sin necesidad de que lea todo el texto si no lo desea. Como por ejemplo: “*measures*”²⁰ o “*You should inform your doctor if you have or have had...*”²¹ apartados que, ya en la adaptación, se consideraron que podrían ser de especial interés para el paciente.

Las estrategias empleadas, tanto para la adaptación a lenguaje claro de los consentimientos como para la traducción al inglés, tienen el mismo objetivo: que el paciente comprenda el procedimiento al que se va a someter junto con los riesgos y complicaciones que este conlleva. El objetivo de estos textos es que todos los pacientes a los que van dirigidos estos documentos puedan entender toda la información, manteniéndose esta completa y veraz con respecto al texto origen enviado por parte del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila).

¹⁸ “DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN GENERAL POR COVID-19” (Traducción propia)

¹⁹ “RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19” (Traducción propia)

²⁰ “medidas” (Traducción propia)

²¹ “Es necesario que informe al médico...” (Traducción propia)

4 CONCLUSIÓN

Para concluir, este trabajo es una muestra de los pocos trabajos que existen sobre la adaptación a lenguaje claro y traducción al inglés de los consentimientos informados para la anestesia. Documentos que miles de personas leen todos los días y en los cuales depositan sus vidas. Consideramos que este trabajo es una aportación para la mejora del trato al paciente en hospitales públicos y privados, pues si los pacientes están informados sobre el procedimiento al que se van a someter el estrés y el miedo se reducen considerablemente.

En relación con la adaptación a lenguaje claro y traducción al inglés de los consentimientos informados para la anestesia general, anestesia regional y anestesia epidural obstétrica, en los Anexos I y II se han adjuntado todos estos documentos. Estas adaptaciones y traducciones son documentos perfectamente válidos que podrían ser administrados por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Los documentos originales que nos mandó dicho hospital figuran en el Anexo III a modo de comparación con los creados para este estudio. El Servicio de Anestesia y Reanimación del HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES Complejo Asistencial de Ávila otorgó su consentimiento por escrito para el uso de estos documentos en este estudio con fines académicos.

La distribución de los contenidos creada para este estudio resulta aplicable para todos los consentimientos informados para todos los tipos diferentes de anestesia que se administran en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Además, este método de realizar la traducción al inglés partiendo de la adaptación a lenguaje claro facilita el trabajo del traductor. Se elimina el paso previo “de adaptación” que a veces se debe hacer durante la traducción de los textos para adaptar el mensaje al receptor de nuestras traducciones. Realizar la traducción del texto original al inglés y luego pasar esta traducción a *plain language* sería más costoso pues se emplearía más tiempo y recursos en vez de partir, como se ha hecho en este trabajo, directamente de la adaptación a lenguaje claro. Es una manera de facilitar la práctica traductora y hacer el trabajo de la manera más práctica posible.

De cara a futuros trabajos, este estudio presenta un buen de partido para futuras adaptaciones a lenguaje claro de otro tipo de consentimientos para toda clase de procedimientos médicos: cirugías, terapias experimentales, biopsias, estudios genéticos... Existe un abanico lleno de posibilidades dentro de este campo que está todavía por explorar. No hay que dejar de lado la traducción al inglés de estos consentimientos, pues con la actual globalización y la creciente inmigración en España, también resulta esencial que las personas extranjeras tengan también acceso a unos documentos escritos que puedan entender.

5 BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Blanco, José María. 2001. “Calcos científicos: entre la precisión y la confusión. La WWW como instrumento de medida de uso”. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 5: 31-35.
- Bustamante, Ricardo. 2017. “¿Qué hacemos los anesestesiólogos? Desde la vigilancia anestésica monitorizada hasta la anestesia general”. *Revista Médica Clínica Las Condes* 28 (5): 671-681.
- Campos Andrés, Olga. 2013. “Procedimientos de desteterminologización: traducción y redacción de guías para pacientes”. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 14 (37): 48-52.
- Cassany, Daniel. 2005. “Plain language in Spain”. *The Clarity Journal. Journal of the international association promoting plain legal language*, 53: 41-44.
- Cobos López, Ingrid. 2021. “La medicina gráfica como herramienta para la traducción y la adaptación de textos biosanitarios”. *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana de Traducción* 14 (2): 397-426.
- Fernández Medina E., Paños Fagundo EV., Truyols Domínguez C., Del Castillo T. 2011. “Punción accidental de la arteria ilíaca durante retirada de Catéter Doble J por ureteroscopia, una complicación no descrita”. *Sanidad militar: revista de sanidad de las Fuerzas Armadas de España* 67 (4): 367-68.
- Gelpí, Cristina. 2006. “Plain Language in Spain”. *The Clarity Journal. Journal of the international association promoting plain legal language*, 55: 23-25.
- Gobierno de Aragón. 2019. “Manual de estilo de lenguaje claro. Criterios para la redacción de textos claros en internet”.
- Gómez-Rojas, Juan Pablo. 2021. “Historia de la anesestesiología”. *Revista Mexicana de anesestesiología* 44 (4): 228-299.

- Greene, Margaret; Yvonne Cleary y Ann Marcus-Quinn. 2017. "Use of Plain-Language Guidelines to Promote Health Literacy". *IEEE Transactions on Professional Communication* 60 (4): 384-400.
- Jakobson, Roman. 1959. "On Linguistic Aspects of Translation". En *On Translation*. Vol. 23. Harvard Studies in Comparative Literature, 233-239.
- Jakobson, Roman. 1981. "En torno a los aspectos lingüísticos de la traducción". En *Ensayos de lingüística general*. Barcelona: Seix Barral, 233-239.
- Llácer Llorca, Eusebio. V., y Fernando J. Ballesteros Roselló. 2012. "El lenguaje científico, la divulgación de la ciencia y el riesgo de las pseudociencias". *Quaderns de Filologia. Estudis lingüístics*, 17: 51-67.
- Montalt, Vicent. 2021. "Medical humanities and translation". En *The Routledge Handbook of Translation and Health*, ed. por Routledge, 130-48.
- Montalt, Vicent; Karen Zethsen y Violeta Karwacka. 2018. "Medical Translation in the 21st century-challenges and trends". *Retos actuales y tendencias emergentes en traducción médica / Current challenges and emerging trends in medical translation. MonTI* 10: 27-42.
- Navarro González, Fernando. 2005. *Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina*. 2.^a ed. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Pinzone Diez, Cecilia Rocío. 2019. "El proceso de desterminologización en la traducción intralingüística en inglés y en español: un análisis a partir de artículos médicos de los Manuales MSD". Trabajo fin de grado. Universitat Jaume I.
- Rodríguez Tapia, Sergio. 2020. "El grado de especialización textual del discurso médico en español análisis basado en corpus desde la teoría de la percepción". *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 21 (51): 75-92.

Romero, María Falcón y Aurelio Luna Ruiz-Cabello. 2012. “Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud”. *Revista de Comunicación y Salud* 2 (2): 1-2.

Suñer Soler, María Rosa y Manel Santiñá Vila. 2013. “Health literacy y salud”. *Revista de Calidad Asistencial* 28 (3): 137-138.

**ANEXO I: ADAPTACIONES A LENGUAJE
CLARO DE LOS CONSENTIMIENTOS
INFORMADOS**



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA GENERAL

¿En qué consiste la intervención?

La anestesia general consiste en inducir un estado reversible de pérdida de conciencia al paciente mediante analgesia (pérdida de la sensibilidad al dolor) y relajantes musculares.

¿Cómo se realiza?

Estos fármacos (analgésicos y relajantes musculares) y sueros, dependiendo del tipo de operación y de las necesidades del paciente, se inyectan mediante un pequeño tubo de plástico o catéter.

Durante la anestesia general es necesario mantener la respiración de manera artificial mediante un dispositivo en forma de tubo conectado a un aparato de respiración artificial. El médico anesthesiólogo es el encargado de esta intervención.

Propósito de la intervención:

El propósito de la anestesia general es permitir que el paciente sea operado sin dolor mediante la inyección de fármacos anestésicos (fármacos que suavizan o suprimen la sensibilidad al dolor). Siempre procurando la mayor seguridad, comodidad y vigilancia posible.

Complicaciones:

Como cualquier otra intervención quirúrgica u operación, la anestesia general supone algunos riesgos. Estos riesgos cambian dependiendo de la situación del paciente por diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad... Algunas complicaciones serias pueden requerir tratamientos complementarios e incluso, en casos extremadamente infrecuentes, pueden suponer la muerte.

Las posibles complicaciones de la anestesia general en sí son las siguientes:

1. Complicaciones respiratorias:

- Pérdida de dientes
- Aspiración de contenido del estómago
- Broncoespasmo: contracción de los músculos que recubren los bronquios provocando una dificultad para respirar
- Imposibilidad de intubación, es decir, no se puede introducir el tubo que se conecta al respirador (aparato de respiración artificial)
- Inflamación en la región de la garganta que provoca una dificultad para respirar
- Insuficiencia respiratoria grave



2. Complicaciones cardiovasculares:

- Arritmias cardíacas: alteración del ritmo del corazón
- Insuficiencia cardíaca: el corazón no bombea la sangre suficiente al resto del cuerpo
- Shock: el cuerpo no recibe el suficiente oxígeno debido a que el corazón no bombea lo suficiente debido a una insuficiencia, por ejemplo
- Hipertensión o hipotensión: la hipertensión se produce cuando la presión arterial (la fuerza del bombeo de la sangre) está por encima de los niveles normales y la hipotensión se produce cuando la presión arterial está por debajo de los valores normales

3. Complicaciones neurológicas:

- El paciente puede tardar en recuperar la consciencia
- Agitación o nerviosismo al despertar de la anestesia
- Coma

4. Complicaciones derivadas de punción de vías centrales:

- Punción arterial
- Colapso de los pulmones
- Lesión de nervios

5. **Complicaciones en caso de embarazo:** las pacientes en edad fértil y con posibilidades de quedarse embarazadas deberán realizarse un test de embarazo los días antes de la operación debido a posibles malformaciones del feto o aborto en el primer trimestre.

6. **Complicaciones por transfusiones de sangre:** es posible que durante la operación sea necesaria una transfusión, la cual se realizaría por los profesionales cualificados para ello y de la manera más segura posible. Sin embargo, siempre existe el riesgo mínimo de transmitir infecciones y reacciones alérgicas por medio de estas transfusiones.

Las complicaciones más severas, tanto neurológicas como cardiovasculares, podrían provocar secuelas permanentes o incluso la muerte en el peor de los casos.



Contraindicaciones:

Situaciones en las que la anestesia general está contraindicada:

1. Alergia a múltiples fármacos anestésicos
2. Mal estado general
3. Dificultades para mantener la vía aérea (garganta) abierta
4. Falta de ayuno antes de la operación

Si la operación no es urgente, esta podrá aplazarse por enfermedades asociadas las cuales puedan mejorar para asegurar un resultado mejor y más seguro.

Para operaciones quirúrgicas que lo permitan se podrá realizar anestesia regional, la cual le permitirá estar despierto durante el proceso sin sentir ningún dolor. El médico anesthesiólogo le recomendará la mejor opción dándole a elegir si es posible.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA REGIONAL

¿En qué consiste la intervención?

La anestesia regional consiste en producir insensibilidad en la zona que se va a operar, la cual permanecerá dormida, mientras el paciente se encuentra consciente pero tranquilo y sin dolor.

¿Cómo se realiza?

Este tipo de anestesia se realiza mediante la inyección de anestésicos locales con el uso de diferentes técnicas cerca de un nervio o de la columna vertebral. De esta forma se produce la ausencia de dolor en la zona que se va a operar.

Propósito de la intervención:

El propósito de la anestesia regional es que el paciente sea operado sin dolor mediante la inyección de anestésicos locales (fármacos que suavizan o suprimen la sensibilidad al dolor en un área concreta del cuerpo). Siempre procurando la mayor seguridad, comodidad y vigilancia posible.

Complicaciones:

Como cualquier otra intervención quirúrgica u operación, la anestesia regional supone algunos riesgos. Estos riesgos cambian dependiendo de la situación del paciente por diabetes, cardiopatías (enfermedades del corazón), hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad... Algunas complicaciones serias pueden requerir tratamientos complementarios e incluso, en casos extremadamente infrecuentes, pueden suponer la muerte.

1. Complicaciones generales de la anestesia regional:

- Dolor de cabeza durante unos días después de la anestesia
- Descenso de la presión arterial (fuerza del bombeo de la sangre) y mareos
- Reacciones alérgicas a los anestésicos locales utilizados
- Dificultad para orinar. Esto suele solucionarse esperando o con un sondaje de vejiga, sin que esta segunda solución suponga una complicación posterior.
- Lesiones neurológicas graves por lesión directa de un nervio, hematomas y/o abscesos (cavidades donde se acumula pus) o meningitis (inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal) se presentan excepcionalmente.

- #### 2. Complicaciones por transfusiones de sangre:
- es posible que durante la operación sea necesaria una transfusión, la cual se realizaría por los profesionales cualificados para ello y de la manera más segura posible. Sin embargo, siempre existe el riesgo mínimo de transmitir infecciones y reacciones alérgicas por medio



de estas transfusiones.

Contraindicaciones:

1. Contraindicaciones absolutas:

- El anestesiólogo desconoce la técnica
- Falta de medios para tratar las posibles complicaciones que puedan surgir
- Rechazo del paciente
- Infección en el lugar de la inyección
- Tatuaje extenso que ocupe toda la zona de la inyección
- Fiebre de origen desconocido
- Hemorragia por hipovolemia, es decir, debido a la disminución grave de la cantidad de sangre que circula por el cuerpo por lo que el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre, o shock (el cuerpo no recibe el suficiente oxígeno debido a que el corazón no bombea lo suficiente debido a una insuficiencia, por ejemplo)
- Alteraciones de la coagulación de la sangre

2. Contraindicaciones relativas:

- Obesidad extrema
- Desviaciones de la columna
- Algunas enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple o similares
- Algunas cardiopatías graves o congénitas



DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN GENERAL POR COVID-19:

El propósito de esta información adicional es que usted esté informado sobre los posibles riesgos adicionales que ahora supone su operación debido a la situación excepcional que estamos viviendo durante la PANDEMIA de la COVID-19. Con estos datos se pretende que usted pueda tomar la decisión de manera libre y voluntaria. Puede desautorizar o rechazar el tratamiento debido a estas circunstancias excepcionales.

La situación de pandemia a la que nos enfrentamos y el colapso prolongado del sistema sanitario ha requerido que en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno se cierre casi por completo los bloques quirúrgicos. Se ha limitado la actividad quirúrgica de los hospitales casi exclusivamente a las urgencias.

Sin embargo, algunas patologías pueden empeorar si se retrasa la operación. Sobre todo en el caso de las enfermedades tumorales.

Desde el Hospital se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de **reducir al máximo el riesgo de infección**. Debido a esto, entre otras **medidas**: usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán todo lo posible para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o si ha tenido síntomas de una posible infección por COVID-19 en los últimos 14 días. Algunos de estos síntomas son similares a los de una infección respiratoria como dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta y fiebre por encima de 37,3 °C. También debe informar al médico si ha mantenido contacto con personas que puedan estar infectadas de COVID-19 y si ha respetado las normas del confinamiento obligatorio impuestas durante el ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En esta situación excepcional debido a la COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión del virus, se limitará la cercanía del personal sanitario al paciente. Solo se producirá este acercamiento para lo estrictamente necesario, como son los tratamientos y las operaciones quirúrgicas. Aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio de la COVID-19.

Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y que podría desarrollar complicaciones derivadas del COVID-19. También es importante que sepa que hay **circunstancias especiales que favorecen la transmisión y la gravedad de los síntomas** del virus como son: pacientes de edad avanzada, pacientes con enfermedades asociadas a la COVID-19 y/o pacientes con el sistema inmunitario debilitado incapaz de luchar contra el virus.

El equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales de ser operado actualmente superan a los riesgos enumerados anteriormente en este apartado y **recomienda que sea intervenido en este momento**.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA

¿En qué consiste la intervención?

La anestesia epidural obstétrica anula o hace muy soportable el dolor producido por las contracciones uterinas sin perjudicar al bebé. La madre se encuentra totalmente despierta durante el proceso, pudiendo así empujar cuando debe hacerlo. La anestesia conseguida con esta técnica es la más eficaz y segura tanto para la madre como para el niño.

¿Cómo se realiza?

Este tipo de anestesia se realiza mediante la inyección de medicamentos anestésicos en la parte baja de la espalda o espacio epidural (esta zona se duerme antes con anestesia local). Estos anestésicos locales para anular el dolor se administran con un pequeño tubito de plástico o catéter. El dolor se calma 20 o 30 minutos después de haber colocado el catéter y el efecto de los anestésicos dura hasta 2 o 3 horas después del parto.

En un parto difícil sería necesaria el uso del fórceps (instrumento en forma de tenaza que sirve para guiar la cabeza del bebé fuera de la vía del parto) o cesárea (abertura en la zona baja del vientre de la madre por la que se saca al bebé). En estos casos se intentaría utilizar esta misma técnica de anestesia epidural tanto para anular el dolor como para proporcionar las condiciones adecuadas para realizar estas otras técnicas (fórceps y cesárea). De todas maneras, la madre seguiría despierta pudiendo ver el nacimiento de su hijo.

Propósito de la intervención:

El propósito de la anestesia epidural obstétrica es que la madre pueda parir anulando o haciendo muy soportables el dolor provocado por las contracciones uterinas mediante la inyección de anestésicos en el espacio epidural (zona baja de la espalda). Siempre procurando la mayor seguridad, comodidad y vigilancia posible. Este es el único tipo de anestesia para el parto sin consecuencias negativas para el recién nacido, por lo que la alternativa que existe es no aceptar la analgesia epidural y soportar los dolores del mismo.

Complicaciones:

1. Fallos en la analgesia. Frecuencia de 5-7 %.
2. Dolor de cabeza después del parto o cesárea. Ocurre 1-2 veces de cada 100 epidurales, pudiéndose tratar con éxito sin consecuencias para la madre. No siempre se debe a la epidural.
3. Dolor de espalda. No siempre se debe a la epidural y suele ser pasajero.



- Frecuencia del 2 %.
4. Punción imposible o dificultosa. Muy poco frecuente.
 5. Descenso de la presión arterial (la fuerza del bombeo de la sangre) y mareos.
 6. Reacciones alérgicas a los anestésicos locales utilizados. Poco frecuentes.
 7. Dificultad para orinar espontáneamente. Esto suele solucionarse esperando o con un sondaje de vejiga, sin que esta segunda solución suponga una complicación posterior. 15 %
 8. Lesiones neurológicas graves por lesión directa de un nervio, hematomas y/o abscesos (cavidades donde se acumula pus) o meningitis (inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal) se presentan excepcionalmente.
 9. No existen riesgos para el feto a menos que la madre sufra complicaciones.

Las complicaciones más severas, tanto neurológicas como cardiovasculares, podrían provocar secuelas permanentes o incluso la muerte en el peor de los casos.

Contraindicaciones:

1. Contraindicaciones absolutas:

- El anesthesiólogo desconoce la técnica.
- Falta de medios para tratar las posibles complicaciones que puedan surgir.
- Rechazo de la paciente.
- Infección en el lugar de la inyección.
- Tatuaje extenso que ocupe toda la zona de la inyección (parte baja de la espalda).
- Fiebre de origen desconocido.
- Hemorragia por hipovolemia, es decir, debido a la disminución grave de la cantidad de sangre que circula por el cuerpo por lo que el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo, o shock (el cuerpo no recibe el suficiente oxígeno debido a que el corazón no bombea lo suficiente debido a una insuficiencia, por ejemplo)
- Sufrimiento fetal que suponga la extracción urgente del feto.

2. Contraindicaciones relativas:

- Obesidad extrema.
- Desviaciones de la columna.
- Algunas enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple o similares.
- Algunas cardiopatías graves o congénitas.
- Parto muy avanzado.



Cuando el parto anterior fue por cesárea:

En caso de que el embarazo actual no presente contraindicaciones, se le puede administrar anestesia epidural y la madre podría dar a luz por vía vaginal.

Si estuviese indicado, se realizaría una analgesia epidural diseñada especialmente para estos casos consiguiendo anular el dolor y favorecer la circunstancias del parto. Una cesárea anterior genera un riesgo de rotura uterina en el embarazo siguiente con una frecuencia de 3-5 casos de cada 1.000 partos. Los métodos y sistemas de vigilancia están diseñados para prevenir, detectar y tratar este tipo de complicación en caso de que ocurra.

Cuando el parto anterior fue por cesárea, el siguiente puede terminar de la misma manera en un 35-45% de los casos.



DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN GENERAL POR COVID-19:

El propósito de esta información adicional es que usted esté informado sobre los posibles riesgos adicionales que ahora supone su operación debido a la situación excepcional que estamos viviendo durante la PANDEMIA de la COVID-19. Con estos datos se pretende que usted pueda tomar la decisión de manera libre y voluntaria. Puede desautorizar o rechazar el tratamiento debido a estas circunstancias excepcionales.

La situación de pandemia a la que nos enfrentamos y el colapso prolongado del sistema sanitario ha requerido que en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno se cierre casi por completo los bloques quirúrgicos. Se ha limitado la actividad quirúrgica de los hospitales casi exclusivamente a las urgencias.

Sin embargo, algunas patologías pueden empeorar si se retrasa la operación. Sobre todo en el caso de las enfermedades tumorales.

Desde el Hospital se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de **reducir al máximo el riesgo de infección**. Debido a esto, entre otras **medidas**: usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán todo lo posible para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o si ha tenido síntomas de una posible infección por COVID-19 en los últimos 14 días. Algunos de estos síntomas son similares a los de una infección respiratoria como dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta y fiebre por encima de 37,3 °C. También debe informar al médico si ha mantenido contacto con personas que puedan estar infectadas de COVID-19 y si ha respetado las normas del confinamiento obligatorio impuestas durante el ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En esta situación excepcional debido a la COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión del virus, se limitará la cercanía del personal sanitario al paciente. Solo se producirá este acercamiento para lo estrictamente necesario, como son los tratamientos y las operaciones quirúrgicas. Aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio de la COVID-19.

Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y que podría desarrollar complicaciones derivadas del COVID-19. También es importante que sepa que hay **circunstancias especiales que favorecen la transmisión y la gravedad de los síntomas** del virus como son: pacientes de edad avanzada, pacientes con enfermedades asociadas a la COVID-19 y/o pacientes con el sistema inmunitario debilitado incapaz de luchar contra el virus.

El equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales de ser operado actualmente superan a los riesgos enumerados anteriormente en este apartado y **recomienda que sea intervenido en este momento**.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA EPIDURAL
OBSTÉTRICA
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC:

NOMBRE:

APELLIDOS:

- DATOS DEL MÉDICO

NOMBRE:

APELLIDOS:

NÚMERO DE COLEGIADO:

DECLARO

Que he recibido la información por escrito sobre el procedimiento propuesto, la cual figura en la hoja adjunta y que también he recibido la explicación necesaria de forma verbal. Que se me ha ofrecido la posibilidad de pedir información adicional, verbal o escrita, y que he podido plantear las dudas o preguntas necesarias para tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo la intervención propuesta.

En Ávila a de de

EL PACIENTE/ REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.

Fdo.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Ávila a de de

EL PACIENTE/ REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.

Fdo.

**ANEXO II: TRADUCCIONES AL INGLÉS DE
LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS**



INFORMED CONSENT FORM FOR GENERAL ANAESTHESIA

How does the procedure work?

General anaesthesia is a procedure that involves inducing a reversible state of unconsciousness in the patient inducing analgesia (loss of sensitivity to feeling pain) and muscle relaxers.

What is this procedure about?

These drugs (analgesics and muscle relaxers) and serums are injected through a small tube or catheter according to the type of surgery and the patient's needs.

During general anaesthesia it is necessary to maintain artificial respiration connecting a tube-shaped device to a breathing machine. The anaesthesiologist is in charge of this procedure.

Purpose of the procedure:

The purpose of general anaesthesia is to allow the patient to be painlessly operated on by injecting anaesthetics (drugs that soften or suppress sensitivity to pain). Always aiming for the greatest possible safety, comfort and vigilance.

Possible complications of the procedure:

Like any other surgical intervention or operation, general anaesthesia involves some risks. These risks differ depending on the patient's situation due to diabetes, heart diseases, hypertension, advanced age, anaemia, obesity... Some serious complications may require complementary treatments and, in extremely rare cases, may even lead to death.

The possible complications of general anaesthesia are listed below:

1. Respiratory complications:

- Loss of teeth.
- Aspirating of stomach contents.
- Bronchospasm: contraction of the muscles lining the bronchial tubes causing breathing difficulty.
- Inability to intubate, i.e. The tube connected to the ventilator cannot be inserted into the breathing machine.
- Swelling in the throat region causing difficulty in breathing.
- Severe respiratory failure.



2. Cardiovascular complications:

- Cardiac arrhythmias: disturbance of the heart's rhythm.
- Heart failure: the heart does not pump enough blood to the rest of the body.
- Shock: the body does not get enough oxygen because the heart is not pumping enough due to heart failure.
- Hypertension or hypotension: hypertension occurs when the blood pressure (the force of blood pumping) is above normal levels and hypotension occurs when the blood pressure is below normal values.

3. Neurological complications:

- Patient may take time to recover consciousness.
- Agitation or nervousness on awakening from anaesthesia.
- Coma.

4. Central Venous Catheter complications:

- Arterial puncture.
- Collapse of the lungs.
- Nerve injury.

5. Complications in case of pregnancy: patients of fertile age who are likely to become pregnant should take a pregnancy test in the days before the operation due to possible foetal malformations or miscarriage in the first trimester.

6. Complications due to blood transfusions: it is possible that a transfusion may be necessary during the operation, which will be carried out by qualified professionals in the safest possible way. However, there is always a minimal risk of transmitting infections and allergic reactions through these transfusions.

More severe complications, both neurological and cardiovascular, could lead to permanent sequels or even death in the worst case scenario.

Contraindications of the procedure:

Situations in which general anaesthesia is contraindicated:

1. Allergy to multiple anaesthetic drugs.
2. Poor general condition.
3. Difficulty in keeping the airway (throat) opened.
4. Lack of fasting before the operation.



If the surgery is not urgent, it may be postponed due to associated diseases which may improve to ensure a better and safer outcome.

Regional anaesthesia can be performed for surgeries that allow it, which will enable you to be awake during the process without feeling any pain. The anaesthesiologist will recommend the best option, giving you to choose if it is possible.



**INFORMED CONSENT FORM FOR GENERAL ANAESTHESIA
(Anaesthesia and Resuscitation Service)**

- PATIENT'S DATA

MRN:

SURNAME:

FIRST NAME:

- DOCTOR'S DATA

SURNAME:

FIRST NAME:

MEDICAL EDUCATION NUMBER:

I DECLARE

I have received the written information regarding the proposed procedure, which is contained in the attached sheet, and that I have also received the necessary explanation orally. I have been offered the possibility of requesting additional information, either orally or in writing, and that I have been able to ask any doubts or questions necessary to make my decision.

I have been informed of other existing alternatives and the advantages and disadvantages of each alternative.

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT

I have decided to give consent to carry out the proposed procedure.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT TO WITHDRAWAL OF CONSENT

I have decided to withdraw my previous authorization.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:



**INFORMED CONSENT FORM FOR GENERAL ANAESTHESIA
(Anaesthesia and Resuscitation Service)**

- PATIENT'S DATA

MRN:

SURNAME:

FIRST NAME:

- DOCTOR'S DATA

SURNAME:

FIRST NAME:

MEDICAL EDUCATION NUMBER:

I DECLARE

I have received the written information regarding the proposed procedure, which is contained in the attached sheet, and that I have also received the necessary explanation orally. I have been offered the possibility of requesting additional information, either orally or in writing, and that I have been able to ask any doubts or questions necessary to make my decision.

I have been informed of other existing alternatives and the advantages and disadvantages of each alternative.

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT

I have decided to give consent to carry out the proposed procedure.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT TO WITHDRAWAL OF CONSENT

I have decided to withdraw my previous authorization.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:



INFORMED CONSENT FORM FOR REGIONAL ANAESTHESIA

How does the procedure work?

Regional anaesthesia is a procedure that consists of producing insensitivity in the area to be operated on, which will remain asleep, while the patient is conscious but calmed and pain-free.

What is this procedure about?

This type of anaesthesia is administered by injecting local anaesthetics with the use of different techniques near a nerve or the spinal column. This method produces the absence of pain in the area to be operated.

Purpose of the procedure:

The purpose of regional anaesthesia is that the patient is operated without pain by injecting local anaesthetics (drugs that reduce or eliminates pain sensitivity in a particular area of the body). Always aiming for the greatest possible safety, comfort and vigilance.

Possible complications of the procedure:

Like any other surgical intervention or operation, general anaesthesia involves some risks. These risks differ depending on the patient's situation due to diabetes, heart diseases, hypertension, advanced age, anaemia, obesity... Some serious complications may require complementary treatments and, in extremely rare cases, may even lead to death.

1. General complications of regional anaesthesia:

- Headache for a few days after the anaesthesia
- Drop in blood pressure and dizziness
- Allergic reactions to the local anaesthetics used
- Difficulty urinating. This is usually solved by waiting or with a bladder catheterization, without this second solution entailing a subsequent complication
- Severe neurological injuries due to the lesion of a nerve, hematomas and/or abscesses (cavity where pus accumulates) or meningitis (inflammation of the tissues surrounding the brain and spinal cord) rarely occur.

- #### 2. Complications due to blood transfusions:
- it is possible that a transfusion may be necessary during the operation, which will be carried out by qualified professionals in the safest possible way. However, there is always a minimal risk of transmitting infections and allergic reactions through these transfusions.



Contraindications of the procedure:

1. Absolute contraindications:

- The anaesthesiologist is unfamiliar with the technique.
- Lack of means to treat possible complications that may arise.
- Patient refusal.
- Infection of the injection area.
- Extensive tattoo that occupies the entire injection area.
- Fever of unknown origin.
- Haemorrhage due to the decrease in the amount of blood circulating in the body or shock (the body does not receive enough oxygen because the heart is not pumping enough due to failure, for example).
- Blood coagulation disturbances.

2. Relative contraindications:

- Extreme obesity.
- Deviations of the spine.
- Some neurological diseases such as multiple sclerosis or similar.
- Some severe or congenital heart diseases.



DESCRIPTION OF THE GENERAL DURING COVID-19:

The purpose of this additional information is for you to be informed about the possible additional risks now involved in your operation due to the exceptional situation we are experiencing during the COVID-19 PANDEMIC. This information is intended to enable you to make your decision freely and voluntarily. You may disallow or refuse the treatment due to these exceptional circumstances.

The pandemic situation we are facing and the long-term collapse of the healthcare system have led to the almost complete closure of the surgical wings in most of the hospitals in our area. Surgical activity in hospitals has been limited almost exclusively to emergencies.

However, some pathologies can worsen if the operation is delayed. Especially in the case of tumour diseases.

This Hospital has designed a specific circuit for patients like you in which we try **to reduce the risk of infection as much as possible** using a series of very rigorous measures. Because of this, among other **measures**: you will not be able to have any visitors during your stay, medical visits will be limited as much as possible to reduce your exposure to possible contagions and you will not be able to go for a walk outside your room.

You should inform your doctor if you have or have had symptoms of a possible COVID-19 infection within the last 14 days. Some of these symptoms are similar to those of a respiratory infection such as breathing difficulty, dry cough, runny nose, sore throat and fever above 37,3 °C or 99.140 °F. You should also inform the doctor if you have had contact with people who may be infected with COVID-19 and if you have followed the mandatory lockdown rules imposed during the STATE OF EMERGENCY.

GENERAL RISKS DURING THE COVID-19 PANDEMIC:

The proximity of healthcare personnel to the patient will be limited given the high risk of transmission of COVID-19. This approach will only occur for what is strictly necessary, such as treatments and surgical operations. Even with all the protection, safety and hygiene measures, it is NOT possible to ensure a NULL RISK of transmission and contagion of COVID-19.

It is important for you to be aware of the risk of COVID-19 infection and that you may develop complications resulting from this virus. It is also important for you to know that there are special circumstances that may favour the transmission and severity of the symptoms of the virus such as: elderly patients, patients with diseases associated with COVID-19 and/or patients with a weakened immune system unable to fight the virus.

The medical team treating you, as well as the group of professionals who have assessed your case, consider that the potential benefits of undergoing surgery at this time outweigh the risks listed above in this section and recommend that you undergo surgery at this time.



**INFORMED CONSENT FORM FOR REGIONAL ANAESTHESIA
(Anaesthesia and Resuscitation Service)**

- PATIENT'S DATA

MRN:

SURNAME:

FIRST NAME:

- DOCTOR'S DATA

SURNAME:

FIRST NAME:

MEDICAL EDUCATION NUMBER:

I DECLARE

I have received the written information regarding the proposed procedure, which is contained in the attached sheet, and that I have also received the necessary explanation orally. I have been offered the possibility of requesting additional information, either orally or in writing, and that I have been able to ask any doubts or questions necessary to make my decision.

I have been informed of other existing alternatives and the advantages and disadvantages of each alternative.

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT

I have decided to give consent to carry out the proposed procedure.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT TO WITHDRAWAL OF CONSENT

I have decided to withdraw my previous authorization.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:



**INFORMED CONSENT FORM FOR REGIONAL ANAESTHESIA
(Anaesthesia and Resuscitation Service)**

- PATIENT'S DATA

MRN:

SURNAME:

FIRST NAME:

- DOCTOR'S DATA

SURNAME:

FIRST NAME:

MEDICAL EDUCATION NUMBER:

I DECLARE

I have received the written information regarding the proposed procedure, which is contained in the attached sheet, and that I have also received the necessary explanation orally. I have been offered the possibility of requesting additional information, either orally or in writing, and that I have been able to ask any doubts or questions necessary to make my decision.

I have been informed of other existing alternatives and the advantages and disadvantages of each alternative.

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT

I have decided to give consent to carry out the proposed procedure.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT TO WITHDRAWAL OF CONSENT

I have decided to withdraw my previous authorization.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:



INFORMED CONSENT FORM FOR OBSTETRIC EPIDURAL ANESTHESIA

How does the procedure work?

Obstetric epidural anaesthesia suppress or makes the pain produced by uterine contractions very bearable without harming the baby. The mother is fully awake during the process, being able to push when she has to. The anaesthesia achieved with this technique is the most effective and safest for both mother and child.

What is this procedure about?

This type of anaesthesia is performed by injecting anaesthetic into the lower back (this area is numbed before with local anaesthesia). These local anaesthetics for pain relief are administered with a small plastic tube or catheter. The pain is dulled 20 to 30 minutes after the catheter is placed and the effect of the anaesthetics remains for up to 2 to 3 hours after delivery.

In a difficult delivery, forceps (a tongs-like instrument used to guide the baby's head out of the birth canal) or caesarean section (an opening in the mother's lower abdomen through which the baby is taken out) would be necessary. In these cases, an attempt would be made to use this same epidural anaesthesia technique both for pain relief and to provide adequate conditions to perform these other techniques (forceps and caesarean section). In any case, the mother would still be awake and able to see the birth of her child.

Purpose of the procedure:

The purpose of obstetric epidural anaesthesia is to enable the mother to give birth by suppressing or making the pain caused by uterine contractions very bearable by injecting anaesthetics into the epidural space (lower back). Always aiming for the greatest possible safety, comfort and vigilance. This is the only type of anaesthesia for childbirth without negative consequences for the new-born, so the alternative is not to accept epidural analgesia and endure the pain of labour.

Possible complications of the procedure:

1. Analgesia failure. (Frequency of 5-7 %)
2. Headache after delivery or caesarean section. Occurs 1-2 times out of every 100 epidurals and can be successfully treated without consequences for the mother. It is not always due to the epidural.
3. Back pain. It is not always due to the epidural and is usually temporary. (Frequency of 2%)
4. Impossible or difficult puncture. Very rare.
5. Drop in blood pressure and dizziness.
6. Allergic reactions to the local anaesthetics used. Rare.



7. Difficulty urinating. This is usually solved by waiting or with a bladder catheterization, without this second solution entailing a subsequent complication. (15 %)
8. Severe neurological injuries due to the lesion of a nerve, hematomas and/or abscesses (cavity where pus accumulates) or meningitis (inflammation of the tissues surrounding the brain and spinal cord) rarely occur.
9. There are no risks to the foetus unless the mother suffers complications.

More severe complications, both neurological and cardiovascular, could lead to permanent sequels or even death in the worst case scenario.

Contraindications of the procedure:

1. Absolute contraindications:

- The anaesthesiologist is unfamiliar with the technique.
- Lack of means to treat possible complications that may arise.
- Patient refusal.
- Infection of the injection area.
- Extensive tattoo that occupies the entire injection area.
- Fever of unknown origin.
- Haemorrhage due to the decrease in the amount of blood circulating in the body or shock (the body does not receive enough oxygen because the heart is not pumping enough due to failure, for example).
- Blood coagulation disturbances.
- Foetal distress requiring urgent removal of the foetus.

3. Relative contraindications:

- Extreme obesity.
- Deviations of the spine.
- Some neurological diseases such as multiple sclerosis or similar.
- Some severe or congenital heart diseases.
- Very advanced labour.



When the previous delivery was by caesarean section:

In case the current pregnancy does not present contraindications, epidural anaesthesia can be administered and the mother could deliver vaginally.

If indicated, an epidural analgesia specially designed for these cases would be performed, thus suppressing pain and favouring the circumstances of delivery. A previous caesarean section generates a risk of uterine rupture in the following pregnancy with a frequency of 3-5 cases per 1,000 deliveries. Surveillance methods and systems are designed to prevent, detect and treat this type of complication in case it occurs.

When the previous delivery was by caesarean section, the next one may end up the same way in 35-45% of cases.



DESCRIPTION OF THE GENERAL DURING COVID-19:

The purpose of this additional information is for you to be informed about the possible additional risks now involved in your operation due to the exceptional situation we are experiencing during the COVID-19 PANDEMIC. This information is intended to enable you to make your decision freely and voluntarily. You may disallow or refuse the treatment due to these exceptional circumstances.

The pandemic situation we are facing and the long-term collapse of the healthcare system have led to the almost complete closure of the surgical wings in most of the hospitals in our area. Surgical activity in hospitals has been limited almost exclusively to emergencies.

However, some pathologies can worsen if the operation is delayed. Especially in the case of tumour diseases.

This Hospital has designed a specific circuit for patients like you in which we try **to reduce the risk of infection as much as possible** using a series of very rigorous measures. Because of this, among other **measures**: you will not be able to have any visitors during your stay, medical visits will be limited as much as possible to reduce your exposure to possible contagions and you will not be able to go for a walk outside your room.

You should inform your doctor if you have or have had symptoms of a possible COVID-19 infection within the last 14 days. Some of these symptoms are similar to those of a respiratory infection such as breathing difficulty, dry cough, runny nose, sore throat and fever above 37,3 °C or 99.140 °F. You should also inform the doctor if you have had contact with people who may be infected with COVID-19 and if you have followed the mandatory lockdown rules imposed during the STATE OF EMERGENCY.

GENERAL RISKS DURING THE COVID-19 PANDEMIC:

The proximity of healthcare personnel to the patient will be limited given the high risk of transmission of COVID-19. This approach will only occur for what is strictly necessary, such as treatments and surgical operations. Even with all the protection, safety and hygiene measures, it is NOT possible to ensure a NULL RISK of transmission and contagion of COVID-19.

It is important for you to be aware of the risk of COVID-19 infection and that you may develop complications resulting from this virus. It is also important for you to know that there are special circumstances that may favour the transmission and severity of the symptoms of the virus such as: elderly patients, patients with diseases associated with COVID-19 and/or patients with a weakened immune system unable to fight the virus.

The medical team treating you, as well as the group of professionals who have assessed your case, consider that the potential benefits of undergoing surgery at this time outweigh the risks listed above in this section and recommend that you undergo surgery at this time.



**INFORMED CONSENT FORM FOR OBSTETRIC EPIDURAL ANESTHESIA
(Anaesthesia and Resuscitation Service)**

- PATIENT'S DATA

MRN:

SURNAME:

FIRST NAME:

- DOCTOR'S DATA

SURNAME:

FIRST NAME:

MEDICAL EDUCATION NUMBER:

I DECLARE

I have received the written information regarding the proposed procedure, which is contained in the attached sheet, and that I have also received the necessary explanation orally. I have been offered the possibility of requesting additional information, either orally or in writing, and that I have been able to ask any doubts or questions necessary to make my decision.

I have been informed of other existing alternatives and the advantages and disadvantages of each alternative.

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT

I have decided to give consent to carry out the proposed procedure.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT TO WITHDRAWAL OF CONSENT

I have decided to withdraw my previous authorization.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:



**INFORMED CONSENT FORM FOR OBSTETRIC EPIDURAL ANESTHESIA
(Anaesthesia and Resuscitation Service)**

- PATIENT'S DATA

MRN:

SURNAME:

FIRST NAME:

- DOCTOR'S DATA

SURNAME:

FIRST NAME:

MEDICAL EDUCATION NUMBER:

I DECLARE

I have received the written information regarding the proposed procedure, which is contained in the attached sheet, and that I have also received the necessary explanation orally. I have been offered the possibility of requesting additional information, either orally or in writing, and that I have been able to ask any doubts or questions necessary to make my decision.

I have been informed of other existing alternatives and the advantages and disadvantages of each alternative.

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT

I have decided to give consent to carry out the proposed procedure.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

- PLACE, DATE AND SIGNATURE OF CONSENT TO WITHDRAWL OF CONSENT

I have decided to withdraw my previous authorization.

Signed in Ávila on 2024

PATIENT/ LEGAL REPRESENTATIVE

DOCTOR

Signature:

Signature:

**ANEXO III: CONSENTIMIENTOS
INFORMADOS PARA LA ANESTESIA
ORIGINALES**



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA GENERAL

En que consiste. Como se realiza. Cual es el propósito.

La anestesia general consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de conciencia, analgesia y relajación muscular. Para ello es preciso realizar la punción de una vena y la introducción de un pequeño tubo de plástico (catéter) por el que se administrarán los sueros y los fármacos necesarios según la situación del paciente y el tipo de cirugía prevista.

Durante la anestesia general, al estar dormido, es preciso mantener la respiración de forma artificial, mediante la colocación de un dispositivo (tubo o mascarilla laríngea) conectado a un aparato de respiración artificial.

El médico anestesiólogo es el encargado de realizar y controlar todo el proceso de la anestesia general, así como de tratar todas las posibles complicaciones que pudieran surgir.

El propósito de la anestesia general es permitir que el paciente sea operado sin sufrir dolor, mediante la administración de fármacos anestésicos por vía intravenosa, procurando la máxima seguridad, comodidad y vigilancia durante el acto quirúrgico.

Alternativas.

Para los procedimientos quirúrgicos que así lo permitan (cirugía sobre abdomen inferior y extremidades) se podrá realizar anestesia locoregional (raquídea o bloqueos nerviosos periféricos) que le permitirá permanecer despierto pero sin sentir ningún dolor durante la operación. El anestesiólogo le aconsejará la opción más recomendable, dándole a elegir si es posible.

Riesgos típicos y Complicaciones: La administración de la anestesia, como en todo procedimiento médico, lleva aparejados algunos riesgos, variables en función de la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), complicaciones algunas serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Complicaciones de la anestesia general:

Complicaciones respiratorias: pérdida de piezas dentales, aspiración de contenido gástrico, broncoespasmo, imposibilidad de intubación, edema de glotis, insuficiencia respiratoria aguda.

Complicaciones cardiovasculares: arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca, shock, hiper o hipotensión.

Reacción alérgica a los fármacos imprescindibles durante la anestesia. Pueden llegar a ser muy graves, pero está desaconsejada la realización de pruebas alérgicas sistemáticas a los fármacos anestésicos en pacientes sin historia previa de reacciones alérgicas, pues son pruebas no exentas de riesgos y a pesar de ser negativas pueden aparecer reacciones durante la anestesia.

Después de la anestesia general pueden aparecer algunas molestias como ronquera, náuseas, vómitos o dificultad para orinar que pueden durar algunas horas.

Complicaciones neurológicas: retardo en recuperar la conciencia, agitación, coma.

Complicaciones derivadas de punción de vías centrales: punción arterial, neumotórax, lesión de nervios.

Complicaciones en caso de embarazo: debido al riesgo de malformaciones fetales o aborto en el primer trimestre, las pacientes en edad fértil y con posibilidades de embarazo deberán realizarse el test en los días previos a la intervención

Las complicaciones más severas, tanto neurológicas como cardiovasculares podrían en el peor de los casos conducir a secuelas permanentes o incluso la muerte.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello. A pesar de ello hay un riesgo mínimo de transmitir infecciones o de reacciones alérgicas.

Contraindicaciones

La anestesia general puede estar contraindicada en algunas situaciones:

Alergia a múltiples fármacos anestésicos, mal estado general (preagónico).

Contraindicaciones relativas pueden ser, dificultades para mantener la vía aérea permeable, o la falta de ayuno previa a la intervención.

Ante intervenciones no urgentes, puede requerir aplazamiento por enfermedades asociadas que puedan mejorar.





**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA GENERAL
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC: [REDACTED]

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

- DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

Nº COLEGIADO

[REDACTED]

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Avila a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo. [REDACTED]

Fdo. Dr. [REDACTED]

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Avila a de de

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MEDICO

[REDACTED]

[REDACTED]

Fdo. [REDACTED]
[REDACTED]

Fdo.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA GENERAL
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC: [REDACTED]

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

- DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

Nº COLEGIADO

[REDACTED]

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Avila a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

Fdo. [REDACTED]

EL MÉDICO

Fdo. Dr. [REDACTED]

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Avila a de de

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

[REDACTED]

Fdo. [REDACTED]

EL MEDICO

[REDACTED]

Fdo.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA REGIONAL

En que consiste. Como se realiza. Cual es el propósito.

El propósito de la anestesia locoregional es producir insensibilidad de la zona a operar, que permanecerá dormida, encontrándose consciente, pero tranquilo/a y sin dolor.

La anestesia se realiza mediante la inyección, con una aguja, de medicamentos llamados anestésicos locales, en la proximidad de un nervio o en la columna vertebral (anestesia intradural y anestesia epidural), mediante diferentes técnicas, produciendo ausencia de dolor en la región donde se va a intervenir.

Alternativas:

En el caso de que la anestesia locoregional no sea posible o no se consiga por razones técnicas puede ser necesario realizar una anestesia general.

En otras ocasiones se le podrá dar a elegir entre la anestesia locoregional y la anestesia general. El anestesiólogo le aconsejará la opción más recomendable.

Riesgos típicos y Complicaciones:

La administración de la anestesia, como sucede con todo procedimiento médico, lleva aparejados algunos riesgos, variables en función de la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), complicaciones algunas serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Complicaciones de la anestesia regional: 1. Aparición de dolor de cabeza de unos días de duración 2. Descenso de la presión arterial y mareos. 3. Reacciones alérgicas a los anestésicos locales utilizados (raras) 5. Dificultad para orinar espontáneamente, esta circunstancia se resuelve esperando, o con sondaje de vejiga, sin que esto signifique una complicación posterior. 6. Las lesiones neurológicas graves (por lesión directa de un nervio o hematomas y/o abscesos o meningitis), se presentan excepcionalmente.

Las complicaciones más severas, tanto neurológicas como cardiovasculares podrían en el peor de los casos conducir a secuelas permanentes o incluso la muerte.

Transfusiones:

No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

Contraindicaciones:

La anestesia raquídea tiene contraindicaciones:

Contraindicaciones absolutas: Desconocimiento de la técnica por el anestesiólogo; falta de medios para tratar las complicaciones que puedan surgir; rechazo de la paciente; infección en el lugar de punción; tatuaje extenso que ocupe toda la zona a puncionar; fiebre de origen desconocido; hemorragia con hipovolemia o shock; alteraciones de la coagulación (actividad de protrombina menor de 60% o trombopenia menor de 100.000).

Contraindicaciones relativas: Obesidad extrema; desviaciones de columna (cifoescoliosis o intervenciones previas sobre la columna); algunas enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple o similar); algunas cardiopatías severas (estenosis aórtica grave o congénitas).

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

El propósito de esta información adicional es que usted esté informado sobre los riesgos de su tratamiento e intervención quirúrgica en esta situación actual excepcional para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento en estas circunstancias excepcionales durante la PANDEMIA de la COVID-19. La situación de pandemia a la que nos enfrentamos y el colapso prolongado del sistema sanitario ha requerido, en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno, el cierre casi completo de los bloques quirúrgicos, restringiendo la actividad quirúrgica de los hospitales, casi exclusivamente al ámbito de urgencias.

No debemos olvidar, que el pronóstico de algunas patologías puede empeorar por el retraso de la intervención. Es el caso, especialmente de la patología tumoral, pero también de otros problemas benignos.



Desde el Hospital, se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de reducir el riesgo de infección tanto como sea posible. Así, entre otras medidas, salvo que mejore la situación, usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán al máximo para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o ha tenido síntomas/signos de sospecha de infección por COVID-19 en los últimos 14 días como son: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre $>37,3^{\circ}$, u otros síntomas relacionados con la covid-19 que usted considere señalar.

Asimismo, ha de informar al médico si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, y por último, si ha respetado los términos del confinamiento obligatorio impuesto durante la vigencia del ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus, la cercanía física del personal sanitario al paciente para los tratamientos e intervención quirúrgica y la generación inevitable de aerosoles en quirófano aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio del COVID-19.

Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares o vasculares en este contexto de pandemia por COVID-19.

Asimismo hay circunstancias especiales que favorecen la transmisión y posible gravedad de la infección del COVID-19 como son: pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes con inmunosupresión.

Si bien nos es imposible conocer con certeza el riesgo que entraña demorar más la cirugía frente al riesgo de contraer una infección por COVID-19 durante su estancia hospitalaria, en su caso concreto, el equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales superan a los riesgos por lo que le proponemos ser intervenido en este momento.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA REGIONAL
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC: [REDACTED]

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

- DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

Nº COLEGIADO

[REDACTED]

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Avila a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo. [REDACTED]

Fdo. Dr. [REDACTED]

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Avila a de de

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MEDICO

[REDACTED]

[REDACTED]

Fdo. [REDACTED]

Fdo.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA REGIONAL
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC: [REDACTED]

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

- DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

Nº COLEGIADO

[REDACTED]

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Avila a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

Fdo. [REDACTED]

EL MÉDICO

Fdo. Dr. [REDACTED]

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Avila a de de

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

[REDACTED]

Fdo. [REDACTED]

EL MEDICO

[REDACTED]

Fdo.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA

¿En qué consiste la analgesia epidural para el parto?

La analgesia epidural anula o hace muy soportable el dolor producido por las contracciones uterinas sin efectos perjudiciales para el recién nacido. La madre se encuentra totalmente despierta pudiendo empujar cuando ha de hacerlo para facilitar el nacimiento de su hijo.

La analgesia (ausencia de dolor) conseguida con esta técnica es no sólo la más eficaz, sino también la más segura tanto para la madre como para el niño.

Si las circunstancias del parto obligan a la realización de fórceps o cesárea, si fuese posible, se realizarían con la misma técnica (epidural), aunque en este caso los medicamentos aplicados, además de quitar el dolor proporcionarían las condiciones adecuadas para la realización de dichas técnicas (fórceps o cesárea). Si fuese así la madre continuará despierta pudiendo "participar" y ver el nacimiento de su hijo.

¿Cómo se realiza?

La técnica es prácticamente indolora, la zona de la espalda utilizada para colocar el sistema de infusión de medicamentos se duerme con anestesia local. A través de este sistema (catéter epidural) se suministran continuamente los anestésicos locales necesarios para anular el dolor. El dolor suele calmar a los 15 ó 20 minutos después de haber colocado el sistema y se prolongarán hasta 2 ó 3 horas después del parto.

El médico anestesiólogo realizará la técnica, controlará sus efectos y tratará las complicaciones que pudiesen surgir.

¿Existen alternativas a la analgesia epidural durante el parto?

Es la única técnica analgésica para el parto sin consecuencias negativas para el recién nacido, por lo que la alternativa que existe es no aceptar la analgesia epidural y resignarse a los dolores del mismo.

Riesgos típicos de la analgesia epidural

1. Fallos en la analgesia: completos, parciales o unilaterales. Frecuencia de 5-7%.
2. Aparición de dolor de cabeza después del parto o la cesárea. Se presenta con una frecuencia de 1-2 por cada 100 epidurales realizadas, pudiéndose tratar con éxito y sin consecuencias para el futuro de la madre. No siempre son debidos a la epidural.
3. Dolores de espalda: No siempre son debidos a la punción epidural. Generalmente son pasajeros. Frecuencia 2%
4. Punción imposible o dificultosa. En un pequeño porcentaje de embarazadas.
5. Descenso de la presión arterial y mareos.
6. Reacciones alérgicas a los anestésicos locales utilizados. Son poco frecuentes.
7. En ocasiones puede haber alguna dificultad para orinar espontáneamente después de la analgesia epidural (15%). Esta circunstancia se resuelve esperando, o con sondaje de vejiga, sin que esto signifique una complicación posterior.
8. Las lesiones neurológicas graves (por lesión directa de un nervio o hematomas y/o abscesos epidurales o meningitis), se presentan excepcionalmente siendo su incidencia aproximada de 1 por cada 10.000 epidurales realizadas.
9. Las complicaciones más severas, tanto neurológicas como cardiovasculares podrían en el peor de los casos conducir a secuelas permanentes o incluso la muerte.
10. No hay riesgos para el feto salvo que aparezcan complicaciones maternas.

Contraindicaciones de la analgesia epidural para el parto

Contraindicaciones absolutas: Desconocimiento de la técnica por el anestesiólogo; falta de medios para tratar las complicaciones que puedan surgir; rechazo de la paciente; infección en el lugar de punción; tatuaje extenso que ocupe toda la zona a puncionar; fiebre de origen desconocido; hemorragia con hipovolemia o shock; alteraciones de la coagulación (actividad de pro trombina menor de 60% o trombopenia menor de 100.000); sufrimiento fetal que requiera extracción urgente del feto.

Contraindicaciones relativas: Obesidad extrema; desviaciones de columna (cifoesciosis o intervenciones previas sobre la columna); algunas enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple o similares); algunas cardiopatías severas (estenosis aórtica grave o congénitas); parto muy avanzado.

Cuando el parto anterior fue por cesárea

En caso de que el embarazo actual no presente contraindicaciones desde el punto de vista obstétrico, se le puede administrar analgesia epidural y podría dar a luz por vía vaginal.

Si estuviese indicado, se realizaría una analgesia epidural especialmente diseñada para estos casos,



consiguiendo así evitar el dolor y favorecer las circunstancias del parto. Una cesárea anterior genera un riesgo de rotura uterina en el embarazo siguiente con una pequeña frecuencia de 3-5 casos/1.000. Los métodos y sistemas de vigilancia están destinados a prevenir, detectar y tratar este tipo de complicación en caso de presentarse. Cuando el embarazo anterior ha terminado con la práctica de cesárea, el siguiente puede terminar de la misma manera en un 35-45% de los casos.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

El propósito de esta información adicional es que usted esté informado sobre los riesgos de su tratamiento e intervención quirúrgica en esta situación actual excepcional para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento en estas circunstancias excepcionales durante la PANDEMIA de la COVID-19. La situación de pandemia a la que nos enfrentamos y el colapso prolongado del sistema sanitario ha requerido, en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno, el cierre casi completo de los bloques quirúrgicos, restringiendo la actividad quirúrgica de los hospitales, casi exclusivamente al ámbito de urgencias.

No debemos olvidar, que el pronóstico de algunas patologías puede empeorar por el retraso de la intervención. Es el caso, especialmente de la patología tumoral, pero también de otros problemas benignos.

Desde el Hospital, se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de reducir el riesgo de infección tanto como sea posible. Así, entre otras medidas, salvo que mejore la situación, usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán al máximo para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o ha tenido síntomas/signos de sospecha de infección por COVID-19 en los últimos 14 días como son: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre > 37,3°, u otros síntomas relacionados con la COVID-19 que usted considere señalar.

Asimismo, ha de informar al médico si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, y por último, si ha respetado los términos del confinamiento obligatorio impuesto durante la vigencia del ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus, la cercanía física del personal sanitario al paciente para los tratamientos e intervención quirúrgica y la generación inevitable de aerosoles en quirófano aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio del COVID-19.

Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares o vasculares en este contexto de pandemia por COVID-19.

Asimismo hay circunstancias especiales que favorecen la transmisión y posible gravedad de la infección del COVID-19 como son: pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes con inmunosupresión.

Si bien nos es imposible conocer con certeza el riesgo que entraña demorar más la cirugía frente al riesgo de contraer una infección por COVID-19 durante su estancia hospitalaria, en su caso concreto, el equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales superan a los riesgos por lo que le proponemos ser intervenido en este momento.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC: [REDACTED]

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

- DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

Nº COLEGIADO

[REDACTED]

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Avila a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

Fdo. [REDACTED]

EL MÉDICO

Fdo. Dr. [REDACTED]

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Avila a de de

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

[REDACTED]

Fdo. [REDACTED]
[REDACTED]

EL MEDICO

[REDACTED]

Fdo.



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA
(Servicio de Anestesia y Reanimación)**

- DATOS DEL PACIENTE

NHC: [REDACTED]

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

- DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

[REDACTED]

APELLIDOS

[REDACTED]

Nº COLEGIADO

[REDACTED]

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Avila a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo. [REDACTED]

Fdo. Dr. [REDACTED]

- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Avila a de de

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MEDICO

[REDACTED]

[REDACTED]

Fdo. [REDACTED]
[REDACTED]

Fdo.