El consentimiento informado y su implicación en la labor de enfermería

Suárez Guerra, Ana María[1]; Fernández Muñiz, Pablo Ignacio[2]; Prada Álvarez, María Cruz[1]

1. Unidad de Radiodiagnóstico; 2. Comité de Ética para la Atención Sanitaria
Hospital San Agustín, Avilés, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España;

Resumen: Objetivo principal: Analizar la información del paciente, cumplimentación del documento de consentimiento informado, y repercusiones en las funciones de la enfermería en Radiodiagnóstico.

Metodología: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Recogida de datos durante 4 semanas consecutivas con pacientes con procedimientos programados en la Unidad.

Resultados principales: El 40% de los pacientes refieren no estar informados sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le va a realizar. El 69% no tienen el documento de Consentimiento Informado firmado. Estas circunstancias ocurren sobre todo en pacientes que provienen de Servicios Médicos; más que en los de Servicios Quirúrgicos.

Conclusión principal: La intranquilidad que genera la desinformación del paciente implica retrasos de los estudios, para dedicar tiempo en resolver dudas que ocasionalmente sobrepasan las competencias del personal de enfermería. Encontramos mejorable la calidad de la asistencia adecuando la información suministrada, con antelación suficiente y procediendo a su registro.

Palabras clave: enfermería, consentimiento informado, bioética, radiodiagnóstico, calidad

Abstract: The informed consent and his involvement in the work of nursing.

Sánchez Guerra, Ana Mª; Fernández Muñiz, Pablo Ignacio; Prada Álvarez, Mª Cruz. *El Consentimiento Informado y su implicación en la labora de enfermería.* ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2012; 6(1): 52-60

Recibido: 13/mar/2012
Aceptado: 30/mar/2012

* Correspondencia:
pablo.fernandez@sespa.princast.es

Objective: We analyze the patient information, the completion of the informed consent document, and implications for nursing roles in Radiology.

Methods: Cross sectional study observational and descriptive. Data collection for 4 consecutive weeks to patients with scheduled procedures in the Unit.

Results: 40% of patients report not being informed about the diagnostic or therapeutic procedure is performed. 69% do not have the informed consent document signed. These conditions occur especially in patients from Medical Services, more than in Surgical Services.

Conclusions: The unrest generated for patient misinformation implies delays studies to spend time to answer questions that occasionally exceed the competence of nurses. It should improve the quality of care adapting the information provided, in time and proceeding to registration.

Keywords: nursing, informed consent, bioethics, radiology, quality

Introducción

Históricamente y durante muchos años, la relación médico-paciente estaba basada en un concepto en el que se tenía poco en cuenta la opinión del paciente. Esta actitud paternalista basada en el principio ético de la beneficencia, ha sido progresivamente sustituida por el principio de autonomía. Por este principio, cada persona es dueña de sí misma y debe tomar las decisiones que le atañen, incluyendo lo relativo a su salud. En este contexto es donde surge el concepto de Consentimiento Informado (CI), como una forma de salvaguardar la autonomía del paciente. Así, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, y, en general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El CI se define como la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, con el fin de solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

Actualmente se concibe como un procedimiento de gran valor en la mejora de la calidad asistencial, por ampliar la información y sostener el principio de autonomía de los pacientes. Se considera, asimismo, el exponente máximo del derecho a esta autonomía, un derecho subjetivo y uno de los cuatro principios en los que se fundamenta la ética de la asistencia sanitaria o la bioética.

El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Asturias sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, entró en vigor en España el 1 de enero de 2000. Es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben y trata explícitamente la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento

informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

En el caso concreto de la Radiología, la información puede ser sólo oral en aquellos procedimientos de escaso o nulo riesgo, como ecografía, mamografía, TAC sin contraste intravenoso, o radiología convencional. En general, el criterio más aceptado es que el CI escrito se debería aplicar a procedimientos con un riesgo superior a 1-5%. Estos procedimientos los podemos desglosar en los no intervencionistas que incluyen el uso de contrastes intravenosos, y los intervencionistas, diagnósticos y terapéuticos, con un mayor riesgo en general, por lo que aquí el CI requiere un soporte documental a la información que será fundamentalmente oral.

Cada paciente tiene un nivel cultural diferente, y por otro lado no todos los pacientes tienen la misma exigencia de información, por lo que ésta ha de ser diferente en función de cada persona. El consentimiento ha de ser libre y lúcido, lo que exige a los médicos el esfuerzo de hacerse entender adecuándose a cada paciente. Para ello, se debe usar un lenguaje coloquial, evitando términos técnicos. Generalmente las Sociedades Científicas facilitan este tipo de documentos específicos para cada procedimiento, lo que puede ayudar a evitar errores. Estos documentos deben estar en continuo proceso de actualización, y es recomendable utilizar índices de legibilidad para analizar el texto, o encuestas a los pacientes sobre su comprensión.

También es muy importante la forma en que el documento es presentado al paciente, teniendo en cuenta el momento y lugar adecuados. El paciente debe estar en condiciones de comprender la información y tomar una decisión consciente y sin coacciones, con lo que debemos evitar que el enfermo esté sedado, dolorido, desvalido, en preparación para la prueba o justo antes de realizarla. Debe buscarse el lugar más oportuno para informar, a ser posible en un despacho, aunque a veces puede hacerse en la habitación del paciente, pero nunca debe hacerse en la sala de exploración, justo antes del procedimiento, ya que el paciente se sentiría coaccionado.

Quien informe y solicite el consentimiento ha de ser una persona representativa para el enfermo, generalmente un médico. Puede ser quien indica la prueba o quien la va a realizar, o mejor ambos, aunque es preferible que informe el médico que la va a realizar cuando se trata de procedimientos de mayor riesgo como los intervencionistas. En el caso de la Radiología, el médico que va a realizar la prueba muchas veces no tiene otro contacto con el paciente antes de la misma, por lo que el momento de informarle puede ser útil para establecer una relación de confianza que favorezca el procedimiento. Por otro lado, probablemente quien va a realizar la prueba conoce mejor todos los aspectos del procedimiento, por lo que podrá aclarar mejor sus dudas. Además, es necesario dejar un tiempo para que el paciente medite, por lo que se recomienda dar al menos 24 horas. La Ley no dice nada sobre el momento en que debe ofrecerse la información ni sobre el momento en que debe recabarse el CI, pero existen diversas sentencias que aclaran en qué momento no debe hacerse: la información debe darse con la antelación necesaria para que la voluntad del paciente se determine libremente, lo que no se consigue si se firma el documento minutos antes de la intervención médica.

En este punto, la Sociedad Española de Radiología Médica en su sección de Gestión y Calidad realiza un documento en el que expone ciertas recomendaciones sobre la información del paciente en los Servicios de Radiología, donde se concibe el CI como un proceso compartido por los Servicios clínicos y el Servicio de Radiología, en el que el clínico que prescribe la prueba es el médico que conoce y tiene una relación de confianza con el enfermo, por eso es el responsable principal y el que debe garantizar el cumplimiento del derecho a la información que incluye: solicitar el consentimiento informado, informar sobre las circunstancias relativas al proceso clínico que hacen necesaria la realización del procedimiento radiológico, con la finalidad de que el enfermo comprenda su utilidad diagnóstica o terapéutica, debe dar una información general sobre los aspectos básicos del procedimiento radiológico que ha solicitado, y por otra parte es el facultativo más capacitado para conocer la renuncia del paciente a recibir información o aplicar el supuesto de estado de necesidad terapéutica, calibrar si existe riesgo inmediato y grave para la integridad física y psíquica del enfermo y, conocer o evaluar el grado de capacidad del enfermo. El radiólogo tiene, según el citado documento, una responsabilidad compartida y subsidiaria al aplicar una técnica o un procedimiento concreto, pero cuando la indicación del procedimiento radiológico no sea a instancia del clínico, sino de oficio, el radiólogo será el responsable de solicitar el CI.

Por otro lado, el enfermero, desde su responsabilidad profesional, tiene que velar por el cumplimiento del CI. El profesional de enfermería, en el proceso del CI, tiene que colaborar con el médico para evaluar el grado de información y de comprensión del paciente, así como su nivel de competencia para tomar decisiones. Siempre debe tener en cuenta que el objetivo es ayudar al paciente a comprender la información sobre su problema de salud y las medidas terapéuticas necesarias; por eso, incluso en casos de incompetencia relativa, la información será una de las prioridades de la atención. En cuanto a los cuidados de enfermería, el respeto al derecho a la autonomía del enfermo obliga a que el enfermero le proporcione toda la información necesaria, a fin de que el usuario también pueda consentir en las actividades relacionadas con dichos cuidados. Si bien este consentimiento en la mayoría de las situaciones será oral, no por ello deja de ser un requerimiento deontológico importante, tal y como se expresa en el capítulo II del Código Deontológico de la Enfermería Española:

Artículo 7: En el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste.

Artículo 9: La Enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10: Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11: De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deber informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su

competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

Objetivos

Determinar si existe una información del paciente y cumplimentación del documento de CI.

Describir la repercusión en las funciones de la enfermería en la Unidad de Radiodiagnóstico.

En base a los resultados obtenidos, intentar determinar causas.

Realizar propuestas de mejora describiendo las ya establecidas en relación con el CI en busca de la excelencia en la actividad asistencial.

Material y Métodos

Las variables que se utilizaron en este estudio fueron: edad, tipo de prueba diagnóstica, procedencia del paciente, servicio solicitante, información recibida, firma previa del documento de CI y personal que suministra documento e información en la sala dónde se realiza el estudio.

Se tomó una muestra de pacientes correlativos citados en turno de mañana para realización de Tomografía Computadorizada (TAC), Urografía Intravenosa (UIV) y procedimientos invasivos, procedentes de Consultas Externas, Hospital de Día y Unidades de Hospitalización. La investigación se realizó por medio de un estudio transversal, observacional y descriptivo, realizando el muestreo durante un periodo de 4 semanas consecutivas, comprendido entre el 10 de marzo al 4 de abril de 2008. Se recogieron datos de un total de 158 pacientes que se agruparon según los siguientes criterios:

Dependiendo del tipo de estudio: TAC, UIV, técnicas invasivas [punción-aspiración con aguja fina (PAAF), drenajes percutáneos, biopsia con aguja gruesa (BAG), nefrostomías].

Por su procedencia: Unidades de Hospitalización (UUHH), Consultas Externas (CCEE) y Unidades de Corta Estancia (UUCE).

Por Servicios solicitantes, un total de 13, agrupados en Servicios Médicos (SM) donde se incluyen Medicina Interna, Neumología, Neurología y Digestivo; Servicios Quirúrgicos (SQ) donde se incluyen Urología, Cirugía General, Ginecología, ORL y Traumatología; y Servicios Varios (SV) donde se incluyen Oncología Médica, Hematología, Urgencias y Radiología.

Son dos las enfermeras de la unidad que se encargaron de recoger los datos para el estudio. Se diseñó una hoja de registro que incluye datos de filiación del paciente y su situación en el hospital (edad, sexo, procedencia y servicio peticionario), datos objetivos de la existencia o no del documento de CI correctamente cubierto, y datos subjetivos en los que se entrevista al paciente acerca de su impresión sobre la información recibida. Únicamente se ha analizado la información recibida por el paciente, que ha consentido formar parte del estudio, siendo revisado el procedimiento por un miembro del Comité de Ética.

Resultados

Distribución de los pacientes:

Según procedencia: El 53% de los pacientes proceden de Unidades de Hospitalización (UUHH) (83). El 43% llegan de manera ambulatoria provenientes de Consultas Externas (CCEE) (68). El 4% proceden de Unidades de Corta Estancia (UUCE) (7).

Por servicios peticionarios: Servicios Médicos (SM): 66 pacientes (42%). Servicios Quirúrgicos (SQ): 75 pacientes (47%). Grupo SV: 17 pacientes (11%).

En cuanto a las diferentes pruebas diagnósticas: El TAC agrupó un total de 96 pacientes (61%). La UIV agrupó un total de 42 pacientes (27%). Técnicas invasivas: 20 pacientes (12%), 7 BAG, 9 PAAF, 2 drenajes percutáneos y 2 nefrostomías.

Analizamos el porcentaje de pacientes que recibieron información previa al estudio, en función de los estudios realizados primero y del servicio peticionario a continuación, apreciando que los pacientes vienen mejor informados cuando se trata de técnicas invasivas, y que en los servicios médicos los pacientes refieren estar peor informados que en los servicios quirúrgicos, siendo el grupo de pacientes mejor informados el de los estudios solicitados por Oncología Médica, Urgencias, Hematología y Radiología.

Una vez analizada la información recibida a través de la entrevista al paciente, pasamos a analizar una variable objetiva: hacer recuento de los pacientes que llegan con el documento de CI correctamente cumplimentado, obteniendo que en la mayoría de los casos en el documento de CI no constaba la firma del paciente o su representante, pero de manera mucho más acentuada en el grupo de TAC y en de los estudios solicitados por los servicios médicos.

Vistas las diferencias entre los grupos, y buscando una causa que lo determine, hicimos una media de la edad por grupos, buscando una correlación que justificara tales diferencias. En los servicios médicos hay una media de edad de 71 años, mayor que en los quirúrgicos, donde la media de edad está en 64 años, y en el resto de servicios, donde la media de edad está en 49 años. En global, si agrupamos todos los pacientes según sean mayores de 70 años o hasta 70 años, hallamos que refieren estar mejor informados los del grupo de hasta 70 años (62%) que los mayores de 70 años (49%), grupo éste último predominante en los servicios médicos.

Al igual que la edad, hemos analizado la procedencia en cada uno de los grupos por servicios peticionarios. Así, los pacientes de los servicios médicos proceden en su mayoría de Unidades de Hospitalización y en mucha menor proporción de CCEE o UUCE. Los pacientes de servicios quirúrgicos y resto de servicios, provienen en su mayor parte de Consultas Externas. Los pacientes que provienen de consultas externas refieren estar más informados que los pacientes hospitalizados. Vemos también en este caso, que el grupo de los menos informados por su lugar de origen son los predominantes en los servicios médicos.

En cuanto a estudios diagnósticos, los pacientes que llegan a nuestro servicio para realizar un TAC están menos informados que los que vienen a realizar una UIV o cualquier técnica invasiva. Hallamos, en este caso también una correlación con los grupos de edades, excepto en las técnicas invasivas, donde los pacientes están mejor informados probablemente por la mayor trascendencia percibida tanto por el personal sanitario como por los propios pacientes.

En cuanto a la procedencia, los pacientes que vienen al TAC están, en su mayoría hospitalizados al contrario que en la UIV que provienen de consultas externas. En las técnicas invasivas, hay un reparto equivalente de los tres posibles lugares de origen.

Nuestro último análisis trata de averiguar quién suministra información y el documento de CI en la Unidad de Radiodiagnóstico en los casos en que éstos no habían sido suministrados anteriormente, hallando que en más de la mitad de los casos es la enfermería quien ha afrontado estas cuestiones.

Discusión

Un 69% de los pacientes que están citados para realizar un estudio diagnóstico o terapéutico que precisa de constatación escrita del CI mediante el documento correspondiente, llegan a la Unidad de Radiodiagnóstico con el documento de CI sin firmar, y el 40% de los pacientes refieren no estar informados. Cuando llegan a la Unidad es el personal no facultativo el que verifica la cumplimentación del documento, habitualmente Enfermería. Ante las frecuentes irregularidades en la

cumplimentación de los documentos se opta por solucionar éstas en los minutos previos a la técnica diagnóstica prevista. Como consecuencia de la deficiente cumplimentación del documento de CI a la recepción del paciente en la Unidad de Radiodiagnóstico, se produce un retraso en el inicio del estudio que podría ser evitado. La intranquilidad que genera al paciente el encontrarse ante una situación de la que no ha sido informado nos obliga a tener que dedicar un tiempo para intentar resolver dudas y cuestiones que incluso en ocasiones sobrepasan las competencias del personal de enfermería. Por otra parte, el paciente necesita un tiempo para poder asimilar la información recibida por lo que el momento de la llegada a la Unidad de Radiodiagnóstico no es el adecuado para comprender los riesgos, las eventuales complicaciones, las causas de la indicación y las posibles alternativas de la técnica a la que va a ser sometido. En estas condiciones es dudosa la capacidad del paciente para comprender la información recibida y por lo tanto consentir una técnica diagnóstica o terapéutica.

Estas circunstancias ocurren sobre todo en pacientes que proceden de Servicios Médicos, que son de mayor edad y están ingresados en Unidades de Hospitalización, y no tanto en los de otros Servicios, que son más jóvenes y proceden sobre todo de Consultas Externas. En los pacientes de mayor edad, además con nivel cultural globalmente más bajo, es común que aún con unas condiciones mentales no patológicas se precise un esfuerzo mayor para conseguir la adecuada comprensión de las propuestas de técnicas diagnósticas o terapéuticas. Por otro lado, por la organización del trabajo actual, es más adecuado el contexto de una Consulta Médica, donde hay intimidad, el paciente está sentado y acompañado por alguien de su confianza, y el personal tiene a mano todos los documentos necesarios, que en una Unidad de Hospitalización, donde la visita médica se realiza habitualmente con otro paciente en la misma habitación y a menudo sin disponer allí mismo de los documentos que se puedan precisar. Por otro lado, al analizar los resultados por tipo de prueba radiológica apreciamos que en las técnicas invasivas los pacientes están mejor informados, independientemente de edad y procedencia, creemos que en relación directa a la trascendencia dada a la prueba, tanto por los profesionales como por pacientes y personas vinculadas a éstos.

Según el Código Deontológico de Enfermería, y en base al respeto del derecho de autonomía del paciente, la Enfermera debe informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. En la Unidad de Radiodiagnóstico, y con los resultados obtenidos, consideramos que los pacientes solicitan una información que excede la responsabilidad profesional de la enfermería. En la búsqueda de una adecuación en la asistencia sanitaria que ofrecemos, creemos relevante hacer partícipe a todo el personal sanitario de la importancia del suministro de una información accesible y de su registro, evitando de esta manera la información inmediatamente anterior al estudio para asegurar que la voluntad del paciente se determine libremente. Para facilitar la adecuada realización de la fase documental de esta labor se ha reforzado la actuación en la aplicación del CI centralizando todos los documentos en Intranet, garantizando así la accesibilidad en todas las Unidades, sin embargo la parte más importante del proceso del Consentimiento Informado, es decir, que el paciente consiga comprender lo que se le propone para poder decidir libremente, depende no sólo de medidas administrativas sino también de una actitud decidida y responsable por parte de los profesionales. Consideramos, en definitiva, que hay posibilidades de mejora en nuestra práctica diaria con el fin de adecuar nuestra asistencia al

paciente en relación con la comunicación, la información y el consentimiento informado. Si bien los protocolos de actuación son útiles para homogeneizar técnicas y procedimientos, ofreciendo oportunidades de mejora de calidad, también es necesario individualizar el caso de cada paciente, procurando un lenguaje quizá más coloquial, pero desde luego más accesible, que asegure su adecuada comprensión, en especial cuando se trata de los pacientes de mayor edad y los hospitalizados que son los que más hacen visible su falta de información en este estudio. Deberíamos evitar actitudes que benévolamente tildamos de paternalistas, pero que en realidad son actitudes discriminatorias que convierten a los pacientes en ciudadanos de segunda clase. El paciente, excepto en los casos que la ley recoge, es el único que decide sobre su salud. Le debemos comunicar previamente cualquier actuación y la realizaremos sólo con su consentimiento.

Actualmente, en el Hospital San Agustín se está procediendo a la implantación de la digitalización de las imágenes radiológicas, informatización de la gestión de flujos de pacientes y la informatización de la Historia Clínica mediante el programa Selene. Aunque dichos procesos plantean nuevos problemas éticos cuyo análisis merecerá por sí solo una nueva comunicación, creemos que puede este cambio ejercer una influencia positiva en el tema que estamos tratando. Sin duda, el hecho de que en la informatización de la historia clínica se incluya de manera explícita la consideración obligada del registro del Consentimiento Informado hará tener presente en la labor cotidiana del profesional sanitario esta trascendente parte de su trabajo.

Conclusiones

El 40% de los pacientes remitidos a la Unidad de Radiodiagnóstico refieren no estar informados sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le va a realizar en ese momento. El 69% no tienen el documento de Consentimiento Informado firmado.

El personal no facultativo, habitualmente Enfermería, es quien verifica la adecuada cumplimentación del Consentimiento Informado.

La intranquilidad que genera la desinformación del paciente implica retrasos de los estudios, para dedicar tiempo en resolver dudas que ocasionalmente sobrepasan las competencias del personal de enfermería.

Estas circunstancias ocurren sobre todo en pacientes que provienen de Servicios Médicos; más que en los de Servicios Quirúrgicos y el resto.

Al analizar las causas de esta diferencia, hallamos que en los Servicios Médicos la media de edad de los pacientes es superior, y proceden en su mayoría de Unidades de Hospitalización, mientras que en los Quirúrgicos y el resto son pacientes más jóvenes y proceden más frecuentemente de Consultas Externas.

Encontramos mejorable la calidad de la asistencia adecuando la información suministrada, con antelación suficiente y procediendo a su registro.

Una oportunidad para conseguir esta mejora es el proceso, que actualmente se está implantando, de informatización de la Historia Clínica.

Bibliografía

1. Resolución nº32/89 del Consejo General de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española.

2. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE núm. 251; 20/10/1999: 36825-30.

3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y

obligaciones en materia de información y documentación

4. clínica. BOE núm. 274; 15/11/2002: 40126-32.

5. Recomendaciones sobre información al paciente en radiología en el apartado de contrastes yodados. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM).

6. Serra Rexach JA. Comunicación entre el paciente anciano y el médico. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 57-58.

7. Delgado Marroquin MT, Simón Lorda P, Sanz Pozo B. La ley de autonomía del paciente. Aten Primaria 2003; 32 (5): 265-7.

8. García Ortega C, Cózar Murillo V y Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 469-479 N.º 4 - Julio-Agosto 2004

9. Simón Lorda P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. An Sist Sanit Navar 2006 Vol. 29, Suplemento 2. [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004&lng=pt&nrm=iso > ISSN 1137-6627.