



ORIGINAL

Determinantes sociodemográficos de la comprensión de la información clínica en pacientes hospitalizados intervenidos de cirugía traumatólogica

E.M. García-García^{a,*}, B. Sánchez-Sabater^a, I. Medrano-Morte^a y A. Luna-Maldonado^b

^a Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia, España

^b Departamento de Medicina Legal, Universidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 5 de diciembre de 2018; aceptado el 1 de abril de 2019

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2019



PALABRAS CLAVE

Información;
Comprensión;
Género;
Cirugía ortopédica;
Edad

Resumen

Introducción: El proceso de la información clínica es el pilar de la relación médico-paciente; comienza con la información proporcionada antes de la firma del consentimiento informado y finaliza al terminar la relación médico-enfermo. La influencia de las variables demográficas en el proceso de información ha sido poco estudiada en el paciente hospitalizado intervenido quirúrgicamente. En este estudio respondemos a dos cuestiones: 1) ¿Influye el género en el proceso de información en estos pacientes? 2) ¿Existen otros factores que influyan en el mismo?

Método: Estudio prospectivo realizado a través de un cuestionario diseñado «ad hoc» en una muestra de 200 pacientes ingresados tras la realización de una intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en nuestro hospital. El muestreo se ha realizado de manera aleatoria simple.

Resultados: Hemos hallado diferencias en la concordancia de las respuestas por género en la pregunta sobre el tipo de prioridad de la cirugía, siendo la mujer la que mejor lo conoce ($p=0,04$). El resto de preguntas no muestran diferencias por género. Sin embargo, en la población analizada, son la edad y el nivel de estudios los principales factores modificadores de la comprensión, y ambos están relacionados con el género ($p<0,0001$; $p=0,003$, respectivamente).

Conclusiones: En la práctica clínica es importante tener presente aquellos factores que influyen en el proceso de información. Según nuestros resultados, los factores que definen una mayor vulnerabilidad con relación al proceso de información son la edad y el bajo nivel de estudios.

© 2019 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenamg.cot@gmail.com (E.M. García-García).

KEYWORDS

Information;
Comprehension;
Gender;
Orthopaedic surgery;
Age

Sociodemographic factors affecting the comprehension of clinical information by inpatients undergoing trauma surgery

Abstract

Introduction: The clinical information process is the basis of the doctor-patient relationship. It starts with the information provided before signing informed consent and ends on the termination of the doctor-patient relationship. The influence of demographic variables in the information process has not been thoroughly studied for inpatients undergoing surgery. In this study we aim to answer two questions: 1) Does gender have an influence on the information process for these patients? 2) Are there other factors that affect the process?

Method: A prospective study carried out using an 'ad hoc' designed survey on a 200-inpatient sample after undergoing surgery in the trauma and orthopaedics department of our hospital. Sampling was simple random.

Results: We found differences in the consistency of the answers by gender in the question regarding surgical priority, with the women having a better understanding of it ($p = .04$). The rest of the questions show no differences by gender. However, in the population analyzed, age and educational level are the main modifiers of understanding, and they are both related to gender ($p < .0001$; $p = .003$, respectively).

Conclusions: In clinical practice, it is fundamental to keep in mind the factors that affect the information process. According to our results, the factors that define greater vulnerability in relation to the information process are age and low educational level.

© 2019 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La comunicación médico-paciente es el pilar de la relación médico-paciente¹. El proceso de comunicación es complejo y continuo, con múltiples factores implicados y es el médico el responsable del mismo. No se trata únicamente de transmitir una información, sino que mediante el lenguaje se pretende comunicar un propósito². Este proceso empieza con la primera interacción en la consulta. Posteriormente se informa sobre la intervención quirúrgica: en qué consiste, posibles riesgos, cuidados postoperatorios, resultado previsto... Este proceso no acaba en la firma del consentimiento informado (CI), sino que durante la hospitalización el proceso continúa, proporcionando datos sobre la intervención, el estado del paciente y los cuidados postoperatorios. El proceso comunicativo es cooperativo². El concepto de cuidados centrados en el paciente significa que es el propio paciente el que tiene un papel activo en la toma de decisiones. Es un modelo dinámico, flexible, que implica que el médico interaccione con el paciente. Se pretende una comprensión completa y precisa del proceso, siguiendo un modelo helicoidal³, donde la repetición y la retroalimentación son elementos esenciales. Las habilidades de comunicación efectiva mejoran el vínculo médico-paciente, aumentan la precisión de los diagnósticos, aumentan la adherencia y el éxito del tratamiento, disminuyen los litigios y mejoran la satisfacción³⁻⁵.

En España, el médico está obligado, según establece la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁶, a proporcionar la información necesaria previamente a la realización de una intervención quirúrgica. Pero no hemos encontrado

publicaciones que valoren la comprensión de la información que reciben los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

El objetivo de nuestro trabajo es responder a dos preguntas: 1) ¿Influye el género en el proceso de información en el paciente hospitalizado intervenido por COT? 2) ¿Qué otros factores pueden influir?

Método

Hemos realizado un estudio prospectivo mediante un cuestionario a 200 pacientes intervenidos e ingresados en el servicio de COT en nuestro hospital. El estudio fue aprobado por la Comisión de Evaluación de Trabajos de Investigación (CETI) de nuestra área de salud. El cálculo del tamaño muestral se realizó tomando el total de pacientes intervenidos en 6 meses con un margen de confianza del 92%. Previamente al inicio del estudio, se llevó a cabo la validación de la consistencia interna del cuestionario mediante 60 casos, realizando el test alfa de Cronbach y confirmándose la validez del mismo (alfa de Cronbach = 0,87). Los datos se han recogido desde septiembre de 2017 hasta marzo de 2018. El muestreo se ha realizado de forma aleatoria simple.

Criterios de inclusión: 1) Pacientes intervenidos quirúrgicamente por COT en nuestro centro durante el periodo de estudio. 2) Mayores de edad. 3) Cirugía con ingreso hospitalario. 4) Ingreso superior a un día tras la cirugía. 5) Nivel cognitivo adecuado.

Criterios de exclusión: 1) Menores de edad. 2) Pacientes intervenidos con criterios de cirugía mayor ambulatoria. 3) Cirugía con ingreso menor o igual a un día tras el procedimiento quirúrgico.

Se informó verbalmente al paciente del objetivo del estudio. Todos los pacientes han participado voluntariamente y han firmado el CI previamente a la realización del cuestionario.

El cuestionario se diseñó «ad hoc» para este estudio. Consta de 14 preguntas: 6 sobre datos demográficos, 2 sobre el diagnóstico, 4 del procedimiento quirúrgico y 2 referentes al CI (**material suplementario**). Las encuestas han sido llevadas a cabo por un único investigador, como mínimo 2 días después de la realización de la intervención, durante la estancia hospitalaria. El mismo investigador ha verificado las respuestas proporcionadas por los pacientes con los datos reflejados en la historia clínica del mismo. Hemos denominado «acierta» cuando el paciente ha contestado de manera afirmativa a la pregunta, y su respuesta es concordante con lo hallado en la historia clínica; «desconocido» cuando el paciente refiere que no lo sabe, y «falla» cuando el paciente contesta afirmativamente a la cuestión pero la respuesta que proporciona no es concordante con lo escrito en la historia clínica. En relación con esas respuestas hemos valorado el conocimiento del procedimiento quirúrgico.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v24. Tras el estudio descriptivo de las variables demográficas, se analizó la relación entre el género y el resto de variables mediante una prueba t de muestras independientes, ANOVA para las variables normales, test de la Chi-cuadrado y test no paramétricos para las de distribución no normal. La significación estadística se ha considerado para una $p < 0,05$.

La muestra está compuesta por 200 pacientes, de los cuales 91 (45,5%) son hombres y 109 (54,5%) son mujeres. La media de edad de los hombres es de $60,4 \pm 16$ años, mientras que la de las mujeres es de $67,7 \pm 10$ años. La media de días de estancia hospitalaria tras la intervención y la realización del cuestionario es de $3,10 \pm 1$ días, mediana de 3 días y moda de 2 días (rango 2-13). Se incluyen tanto pacientes intervenidos de patología degenerativa como traumática.

Resultados

En la **tabla 1** se recogen las variables sociodemográficas agrupadas por género.

Las respuestas a las variables que indican conocimiento en función del género se muestran en la **tabla 2**. No encontramos diferencias por género en las respuestas con los datos existentes en la historia clínica en las preguntas: motivo de la intervención, huesos o articulación intervenida, tipo de cirugía realizada y uso de implante. Solo hemos obtenido diferencias en el tipo de prioridad de la intervención realizada ($\chi^2 = 6,4$; $p = 0,04$), siendo las mujeres las que mejor conocen esta cuestión. Queremos destacar que el 46,2% de los hombres y el 40,4% de las mujeres desconocen o han proporcionado una respuesta incorrecta a la pregunta sobre el tipo de intervención.

El segundo factor a analizar es la edad. La edad del paciente se relaciona con la concordancia de las respuestas sobre las preguntas: conoce el diagnóstico y conoce los huesos o articulaciones afectadas (Pearson $-0,2$; $p = 0,003$ y Pearson $-0,2$; $p = 0,001$, respectivamente). Los pacientes que conocen el diagnóstico presentan una edad media de $62,8 \pm 15$ años, frente a aquellos que dan un diagnóstico o

Tabla 1 Análisis descriptivo de las variables demográficas agrupadas por género

	Hombre N (%)	Mujer N (%)
<i>Estado civil</i>		
No contesta	3 (3,3)	0 (0,0)
Soltero/a	15 (16,5)	10 (9,2)
Casado/a	63 (69,2)	52 (47,7)
Separado/a	6 (6,6)	12 (11,0)
Viudo/a	4 (4,4)	35 (32,1)
<i>Convivencia</i>		
Vive solo/a	6 (6,6)	21 (19,3)
Familia origen	9 (9,9)	5 (4,6)
Familia propia	67 (73,6)	81 (74,3)
Pareja estable	9 (9,9)	2 (1,8)
<i>Nivel de estudios finalizado</i>		
Sin estudios	22 (24,2)	53 (48,6)
Primaria	40 (44,0)	38 (34,9)
Secundaria	20 (22,0)	13 (11,9)
Universitarios	9 (9,9)	5 (4,6)
<i>Situación laboral</i>		
Activo fijo	26 (28,6)	13 (11,9)
Activo eventual	2 (2,2)	0 (0,0)
Parado	7 (7,7)	6 (5,5)
Incapacidad laboral transitoria	4 (4,4)	3 (2,8)
Jubilado/a	52 (57,1)	78 (71,6)
Estudiante	0 (0,0)	2 (1,8)
Trabajo no remunerado	0 (0,0)	7 (6,4)

motivo erróneo, $67,5 \pm 10$ años, hallazgos estadísticamente significativos (IC 95%: $-9,8$ a $0,4$; $p = 0,02$). Los pacientes que desconocían el motivo de la intervención tienen una edad media de $72,2 \pm 8$ años, más alta que el resto de los pacientes. Las diferencias entre los pacientes que conocen el diagnóstico y los que lo desconocen también son estadísticamente significativas (IC 95%: $-18,1$ a $-1,8$; $p = 0,013$).

En relación con la pregunta sobre el hueso o articulación intervenida quirúrgicamente, los pacientes que dan una respuesta correcta tienen una edad media de 63 ± 14 años; los que fallan, de $68,3 \pm 5$ años, diferencia estadísticamente significativa (IC 95%: $-13,3$ a $2,6$; $p = 0,002$). Los pacientes que desconocen el nombre del hueso o articulación afecta tienen una edad media de 73 ± 9 años, diferencia estadísticamente significativa frente a los que dan una respuesta veraz (IC 95%: $-16,1$ a $-3,4$; $p = 0,016$).

También, hemos hallado asociación estadística entre la edad y el género (IC 95%: $-11,2$ a $-3,4$; $p < 0,0001$) de forma que las mujeres de nuestra población son de mayor edad que los hombres.

El tercer factor analizado es el nivel de estudios de la población. Existe relación estadísticamente significativa ($F = 2,9$; $p = 0,037$) entre los pacientes que conocen el diagnóstico o motivo de la intervención y el nivel de estudios, de manera que los pacientes con mayor nivel formativo son aquellos que mejor conocen el diagnóstico o motivo de la intervención. No hemos encontrado diferencia estadística en el resto de las cuestiones.

Tabla 2 Resultados de la concordancia de las respuestas que indican comprensión de la información del procedimiento quirúrgico

		Acierta N (%)	Desconocida N (%)	Falla N (%)	χ^2	p-valor
Tipo prioridad en la cirugía realizada	Hombre	78 (85,7)	13 (14,3)	0 (0,0)	6,44	0,040
	Mujer	103 (94,5)	5 (4,6)	1 (0,9)		
Motivo o diagnóstico	Hombre	69 (75,8)	18 (19,8)	4 (4,4)	1,75	0,417
	Mujer	78 (71,6)	21 (19,3)	10 (9,2)		
Hueso o articulación afecta	Hombre	76 (83,5)	6 (6,6)	9 (9,9)	0,12	0,942
	Mujer	89 (81,7)	8 (7,3)	12 (11,0)		
Tipo de intervención	Hombre	49 (53,8)	10 (11,0)	32 (35,2)	1,1	0,579
	Mujer	65 (59,6)	8 (7,3)	36 (33,0)		
Uso de implante	Hombre	62 (68,1)	11 (12,1)	18 (19,8)	0,59	0,746
	Mujer	79 (72,5)	10 (9,2)	20 (18,3)		

En negrita se muestra el resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

El nivel de estudios se relaciona con el género y la edad de manera estadísticamente significativa. Encontramos mayor porcentaje de mujeres sin estudios que de hombres, y el doble de población universitaria en hombres que en mujeres ($\chi^2 = 14$; $p = 0,003$). La edad media del grupo de pacientes sin estudios es de 72 ± 9 años; con estudios primarios, de $64,6 \pm 11$ años; con estudios secundarios, de 54 ± 14 años; con estudios universitarios o superiores, $46,5 \pm 19$ años. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sin estudios y el resto de grupos (IC 95%: 4 a 10,7; $p = 0,012$; IC 95%: 13,4 a 22,6; $p < 0,0001$; IC 95%: 19 a 32; $p < 0,0001$), así como entre los pacientes con estudios primarios y universitarios (IC 95%: 10,7 a 25,6; $p = 0,002$). No se hallan diferencias en el resto de asociaciones.

Por lo tanto, la comprensión del proceso quirúrgico aumenta al tener el paciente mayor nivel de estudios. Como factores asociados al nivel de estudios, tenemos la edad y el género.

La lectura del CI podría ser otra variable que influya en la comprensión del proceso dado que en él se recogen todos

los datos preguntados en el cuestionario. En la **tabla 3** podemos ver los resultados del cruce de la variable género con la lectura del CI. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 13,4$; $p = 0,004$), siendo las mujeres las que menos leen el CI. La lectura del mismo, así como su comprensión, están influidas por el nivel de estudios previos (**tabla 4**), existiendo entre ambos una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 47,5$; $p < 0,0001$). La lectura del CI no está relacionada con la edad.

Otro factor que podría influir son los días de estancia hospitalaria, ya que parece razonable pensar que la exactitud de las respuestas podría verse influida por los días de estancia hospitalaria, pero al analizar nuestros datos, encontramos que no existen diferencias en los días desde la intervención hasta la realización del test con la concordancia en las cuestiones sobre si conoce el diagnóstico o motivo de la intervención y sobre los huesos o articulaciones, de manera que a mayor estancia hospitalaria no aumenta el número de respuestas correctas. Tampoco existen diferencias en los días de estancia hospitalaria hasta la realización del test con relación al género, por lo que los

Tabla 3 Resultados del cruce de la variable género y la lectura del CI

Lectura CI	Sí, antes de firmarlo N (%)	Sí, después de firmarlo N (%)	No N (%)	No lo recuerda N (%)	χ^2	p-valor
Hombre	20 (22,0)	26 (28,6)	45 (49,5)	0 (0,0)	13,4	0,004
Mujer	18 (16,5)	13 (11,9)	75 (68,8)	3 (2,8)		

En negrita se muestra el resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabla 4 Resultados del cruce la variable nivel de estudios finalizado y la lectura del CI

Lectura CI	Sí, antes de firmarlo N (%)	Sí, después de firmarlo N (%)	No N (%)	No lo recuerda N (%)	χ^2	p-valor
Sin estudios	5 (6,7)	6 (8,0)	62 (82,7)	2 (2,7)	47,5	0,000
Primarios	16 (20,5)	19 (24,4)	42 (53,8)	1 (1,3)		
Secundarios	10 (30,3)	14 (42,4)	9 (27,3)	0 (0,0)		
Universitarios o superiores	7 (50,0)	0 (0,0)	7 (50,0)	0 (0,0)		

En negrita se muestra el resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

días de estancia hospitalaria no son un factor que influya en las respuestas.

Discusión

Los factores que influyen en la comprensión de la información en los pacientes hospitalizados intervenidos quirúrgicamente por el servicio de COT han sido poco estudiados en la literatura.

En nuestro estudio, la mujer conoce mejor el tipo de prioridad de la intervención que le han realizado. Esto podría ser relevante dado que la prioridad de la cirugía influye en el pronóstico, resultado, tiempo de hospitalización y complicaciones. No hemos encontrado diferencias con el hombre al comparar el resto de las cuestiones. No hemos hallado ningún estudio que valore el mismo tipo de cuestiones que nosotros, aunque la variable género sí ha sido estudiada en la literatura. Guillén-Perales et al.⁷ valoran la calidad de la información en el proceso de obtención del CI de anestesia en 150 pacientes oncológicos intervenidos mediante cirugía, no encontrando diferencias en las respuestas en relación con el género. Los mismos resultados en cuanto al género muestra el estudio de Kadakia et al.⁸, en una serie de 146 pacientes de traumatología intervenidos de fracturas, en los que valora la comprensión del proceso. Crepeau et al.⁹ presentan una muestra de 98 pacientes de traumatología intervenidos de ortopedia, sin hallazgos estadísticamente significativos en el género en cuanto a la comprensión del proceso de obtención del CI. Fink et al.¹⁰, en una muestra de 575 pacientes quirúrgicos de varias especialidades —entre otras, traumatología— valoran la comprensión del proceso de información, no encontrando relación con el género.

Otro factor a considerar es la edad. Nosotros encontramos la edad como factor modificador de la comprensión, siendo los individuos de mayor edad los que presentan peor comprensión de la información, manifestado en un menor porcentaje de respuestas correctas en las cuestiones sobre el diagnóstico y los huesos o articulaciones afectadas a mayor edad del paciente. La edad ha sido valorada en diferentes estudios, con resultados contradictorios, hallando diferencias estadísticas en el estudio de Fink et al.¹⁰, y sin hallarlas en las publicaciones de Guillén-Perales et al.⁷ y Kadakia et al.⁸. Nosotros, a diferencia de lo citado en el estudio de Crepeau et al.⁹, encontramos que la edad de la mujer intervenida es mayor que la del hombre. Por lo tanto, la edad varía con el género, asociándose de manera estadísticamente significativa. Nuestra muestra femenina tiene mayor edad que la masculina, lo que modifica el proceso de información, haciendo de manera indirecta que las mujeres comprendan peor la información. Esto podría llevarnos a realizar la falsa asociación de que son las mujeres las que presentan peor comprensión del proceso, pero como hemos visto previamente no es el género, sino la edad media del paciente lo que influye. Paradójicamente, el grupo de la mujer es el que mejor conoce el tipo de prioridad en la cirugía realizada.

Mayor acuerdo existe en la relación entre el nivel educacional y su influencia en la comprensión de la información: a mayor nivel de estudios finalizado, mejor es la comprensión del proceso de información⁷⁻¹⁰. En nuestra muestra existe

una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y: la comprensión del proceso, el género y la edad. Ya hemos reflejado previamente que los pacientes de mayor edad son mujeres; del mismo modo, los pacientes sin estudios serán más frecuentemente de edad avanzada y de género femenino. Por tanto, podemos identificar un grupo de riesgo: mujeres de edad avanzada sin estudios.

La firma del CI es un requisito legal previo a una intervención quirúrgica, pero su firma no garantiza la comprensión del proceso quirúrgico^{7,11,12}. La calidad de la información es un requisito indispensable previo a la firma del CI^{1,11}. En el documento se explica en qué consiste la intervención, la finalidad del mismo, los riesgos, las consecuencias, las alternativas terapéuticas y, con la firma del paciente, este manifiesta que está satisfecho con la información y que ha comprendido adecuadamente el proceso. Este trabajo demuestra que no siempre es así. La firma del CI no implica la comprensión del proceso. El 97% de nuestra muestra refiere haber firmado el CI, pero un 9,0% desconocía el tipo de prioridad de la cirugía realizada, un 26,5% el diagnóstico, un 17,5% el hueso o articulación intervenida, un 43% el tipo de intervención que le habían realizado y un 29,5% desconocía si se había implantado material protésico o de osteosíntesis. El género influye en la lectura del CI, de forma que los hombres lo leen más que las mujeres. La lectura del CI no muestra relación con la edad, aunque la edad media de los pacientes que leen el CI es menor que la de aquellos que no lo leen. Si que existe una fuerte asociación estadística entre el nivel de estudios finalizado y la lectura del mismo, siendo la mayoría de los pacientes que han leído el CI los que presentan algún tipo de estudio finalizado.

Debemos tener presente las limitaciones propias del diseño: es un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en el que el sesgo del tiempo puede influir en el recuerdo de la información por parte del paciente, sobre todo en los pacientes intervenidos tras un largo periodo en lista de espera. Al ser un estudio unicéntrico, los resultados podrían no ser extrapolables a todos los pacientes intervenidos por COT.

En resumen, según nuestros resultados, el factor más importante que influye en la comprensión de la información del proceso quirúrgico es el nivel de estudios previos. Es fundamental que el paciente comprenda la información que se le proporciona, para que así tenga validez la firma del CI. Al informar al paciente se debe ser proactivo en las mujeres de edad avanzada con bajo nivel de estudios, ya que su nivel de comprensión será menor que en el resto de la población.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia II.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer la participación desinteresada de los pacientes, así como la inestimable ayuda de los autores colaboradores.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2019.04.001>.

Bibliografía

1. Shenouda ME, Lane JC, Sarang Z, Renton S. Quality of patient information in the acute surgical admission: a prospective audit. *Br J Hosp Med.* 2014;75:342-5, <http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2014.75.6.342>.
2. Fuentes L. La comunicación en la relación médico-paciente [Internet]. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Los Andes; 2014 [consultado 18 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/ludovico2.pdf>.
3. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile.* 2010;138:1047-54, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>.
4. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin.* 2000;114 Supl. 3:26-33.
5. Hageman MGJS, Briët JP, Bossen JK, Blok RD, Ring DC, Vranceanu AM. Do previsit expectations correlate with satisfaction of new patients presenting for evaluation with an orthopaedic surgical practice? *Clin Orthop Relat Res.* 2015;473:716-21, <http://dx.doi.org/10.1007/s11999-014-3970-6>.
6. 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. BOE núm. 274, de 15/11/2002.
7. Guillén-Perales J, Luna-Maldonado A, Fernández-Prada M, Guillén-Solvas JF, Bueno-Cavanillas A. Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia. *Cir Esp.* 2013;91:595-601, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.06.010>.
8. Kadakia RJ, Tsahakis JM, Issar NM, Archer KR, Jahangir AA, Sethi MK, et al. Health literacy in an orthopedic trauma patient population: a cross-sectional survey of patient comprehension. *J Orthop Trauma.* 2013;27:467-71, <http://dx.doi.org/10.1097/BOT.0b013e3182793338>.
9. Crepeau AE, McKinney BL, Fox-Rywicke M, Castelli J, Penna J, Wang ED. Prospective evaluation of patient comprehension of informed consent. *J Bone Joint Surg Am.* 2011;93:e114(1-7), <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.J.01325>.
10. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirrenda C, Webb A, et al. Predictors of comprehension during surgical informed consent. *J Am Coll Surg.* 2010;210:919-26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.049>.
11. Brezis M, Israel S, Weinstein-Birenstock A, Pogoda P, Sharon A, Tauber R. Quality of informed consent for invasive procedures. *Int J Qual Health Care.* 2008;20:352-7, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn025>.
12. Pérez-Moreno JA, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 1998;45:130-5.