

**SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
Y REANIMACIÓN / UNIDAD DEL
DOLOR**



(pegatina) o:

Nombre y apellidos.....
.....
.....

Edad..... NHC.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN
CON ANESTESIA LOCO-REGIONAL**

NEGATIVA DE INFORMACIÓN (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)

* No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero SÍ acepto la realización de dicho procedimiento o intervención.

* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:
.....

Firma paciente

DNI nº:

INFORMACIÓN GENERAL Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Para ser intervenido de _____ es necesario administrarle medicamentos con el fin de conseguir una adecuada anestesia. El equipo de anestesiólogos del Hospital Universitario de Getafe se ponen a su disposición para llevar a cabo esta tarea y aclararle cualquier duda que le plantee este consentimiento.

La realización de diversas exploraciones y/o intervenciones quirúrgicas hace necesaria la administración de anestesia general, regional, local o sedación anestésica. El especialista en Anestesiología y Reanimación será quien le indique el tipo de anestesia adecuada en su caso y el que controle su estado general durante el procedimiento, valorando a través de distintos sistemas de monitorización, sus requerimientos anestésicos y la respuesta de su organismo a los fármacos administrados y a la manipulación, exploración y/o intervención quirúrgica propuesta para su caso en particular.

Todo acto anestésico conlleva siempre un riesgo menor asumible que justifica su uso generalizado, pero también es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves e incluso la muerte; todas ellas en relación con el estado de salud previo; edad; tipo; complejidad; y duración de la intervención quirúrgica; así como, reacciones alérgicas u otros posibles factores imprevisibles. La probabilidad de aparición de alguna complicación anestésica es del 1% y la mortalidad atribuible a causas exclusivamente anestésicas es del 1 por 10.000. Cada tipo de anestesia tiene sus propios riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo. Todas las complicaciones derivadas de la práctica anestésica se ven incrementadas de manera directamente proporcional al grado de patología asociada que presenta el sujeto previamente al acto anestésico.

También es necesario advertir y conocer posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de otros órganos, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, o cualquier otra enfermedad o circunstancia concomitante.

• **En la anestesia RAQUÍDEA (EPIDURAL E INTRADURAL)** los medicamentos se inyectan en la espalda (columna vertebral); así, quedan sin sensibilidad el abdomen y las piernas. A veces ésta se hace a través de un catéter que puede ser utilizado para administrar analgésicos en el postoperatorio.

• **Anestesia REGIONAL:** Se anestesia sólo una parte del cuerpo (brazo, pierna,..). Hay muy diversas técnicas. Si lo desea se pueden usar medicamentos para que esté tranquilo o ligeramente dormido - sedación ligera-. En la anestesia regional puede ocurrir que por incomodidad, molestias, dolor o fracaso de la técnica, sea necesario continuar con una anestesia general.

Información adicional PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Es posible que su médico le haya indicado la realización de la intervención en la modalidad de **CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**, bajo anestesia general, con la peculiaridad de poder volver a casa con su familia, el mismo día de la operación. En este caso debe:

- Organizar la **vuelta a casa con la compañía** de una persona **responsable**.
- **No tomar alcohol** en las 24 horas siguientes a la intervención.
- **No conducir ningún** tipo de **vehículo** hasta después de las 24 horas siguientes a la anestesia.
- **Acudir al hospital si existe cualquier anomalía** en su recuperación.
- Conocer que existe la **posibilidad** de que el médico **prolongue la hospitalización** en caso de surgir complicaciones.
- **Posponer decisiones importantes** o trascendentes durante las primeras 24 horas, si esto es posible.

RIESGOS:

- **Reacciones alérgicas o anafilácticas** a cualquiera de los fármacos o líquidos intravenosos administrados y a la sangre o derivados que sean necesarios utilizar en la intervención. Estas reacciones pueden presentarse aún sin que existan antecedentes alérgicos conocidos. Siguiendo las instrucciones de las Sociedades Científicas de Anestesiología y Reanimación y de Alergología e Inmunología, se desaconseja la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos, al igual que ocurre con el resto de los medicamentos. Además estas pruebas no están libres de riesgo y aun siendo su resultado negativo, los medicamentos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.
- **Reacciones secundarias no previstas** por cualquiera de los fármacos administrados, con posible repercusión cardiaca, pulmonar, hepática, renal, metabólica, sanguínea y/o del sistema nervioso. Aunque son más frecuentes en pacientes con afectación patológica previa o coexistente de dichos órganos, no se pueden excluir en personas sanas.
- **Reacciones adversas o de toxicidad** por paso accidental del anestésico al torrente circulatorio.
Las reacciones anteriormente mencionadas pueden oscilar en su gravedad desde cuadros leves a muy graves, pudiendo estas últimas ser causa de muerte.
- **Hematoma, hemorragia o infección de la zona de punción** (que puede hacerse generalizada en muy raras ocasiones).
- **Meningitis** (Inflamación de las meninges) en las punciones intradurales y/o epidurales.
- **Lesión del nervio o nervios anestesiados**, con disestesias, parestias, parestesias o parálisis que pueden ser temporales o permanentes. (Son más acusadas y frecuentes en pacientes con afectaciones anatómicas y/o funcionales de la zona de punción por lo que **es muy importante comunicar al anestesiólogo si el paciente padece de molestias o enfermedad conocida en la columna vertebral y/o del sistema nervioso**).
- Dolor de cabeza (**Cefalea postpunción epidural o intradural**) y **trastornos de la visión**, que pueden precisar de otros tratamientos posteriormente.
- **Dolor de espalda** de corta o larga duración (más en relación con la postura quirúrgica que derivada de la técnica anestésica) y **dificultad postanestésica para orinar** (generalmente pasajera).
- A estos riesgos hay que añadir los derivados de la propia conducción anestésica, postural o de aparataje quirúrgico y que han sido mencionados anteriormente. **Es importante conocer que diversas enfermedades** tales como afectaciones neurológicas, respiratorias, cardíacas, renales, endocrinas, etc. pueden sufrir una reagudización de sus síntomas y/o un empeoramiento de su evolución. En general, no se conoce la causa específica por la que esto se produce aunque, en ocasiones, se deriva de la propia actuación anestésico/quirúrgica y de las modificaciones de diversa índole que son precisas realizar durante este periodo.

- **Ninguna anestesia regional es una técnica exacta** ya que las punciones son técnicas “a ciegas” por lo que no se puede garantizar que este tipo de anestésicos consigan el efecto deseado y existe siempre la posibilidad de tener que reconvertir el procedimiento a una **anestesia general** en los casos en que la regional no se pueda realizar correctamente, o una vez realizada, no produzca el efecto sensitivo-motor deseado. En ocasiones se utiliza la Ecografía para guiar la técnica anestésica -realizada por médicos anestesiólogos-, lo que implicará un mayor tiempo en la realización de la técnica aunque no puede garantizar totalmente el éxito en la obtención de la anestesia deseada.

Es importante que el paciente al que se va a realizar una técnica anestésica regional **confíe en su anesthesiólogo** y esté tranquilo. **No debe moverse durante la realización de la anestesia** salvo para seguir las indicaciones del anesthesiólogo, evitando así que aparezcan muchas de las complicaciones anteriormente mencionadas.

Por la enumeración de los riesgos anteriormente expuestos el paciente no debe sentirse angustiado, ya que aunque el repasar la extensa lista de posibles problemas puede resultar agobiante y generar ansiedad y miedo, el hecho de que la frecuencia de su presentación sea realmente escasa hace que, **actualmente, pueda considerarse al acto anestésico**, ya sea general o locorregional, como **una actividad fundamentalmente segura**, basada en técnicas que tienen entre sus objetivos primordiales la **seguridad del paciente**.

Los profesionales del Servicio de Anestesiología y Reanimación de este Centro nos ofrecemos en todo momento para aclarar cualquier duda que se pueda presentar al respecto del procedimiento anestésico que deba ser realizado en su caso particular.

RIESGOS PERSONALIZADOS:
.....
.....

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:
.....
.....

OBSERVACIONES:
.....
.....

Declaraciones y firmas:

PACIENTE

- DECLARO Que he sido informado suficientemente y con antelación por el médico, del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos, complicaciones, beneficios esperables y alternativas. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran derivarse o producirse por el procedimiento propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- AUTORIZO al equipo del servicio de Anestesiología, colaboradores o ayudantes seleccionados, para la realización del procedimiento descrito.
- Con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico,

CONSIENTO

NO CONSIENTO

la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo responsable el Hospital de Getafe de los citados ficheros.

- Asimismo,

CONSIENTO

NO CONSIENTO

para que todo el material de mi historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información pueda ser publicado en una revista médica, congreso médico o curso que los facultativos del servicio de Anestesiología consideren pertinentes con fines científicos y docentes.

- En caso de que se produzca un Accidente con Riesgo Biológico para un trabajador durante la Intervención Quirúrgica que se me va a practicar

CONSIENTO

NO CONSIENTO

me realicen una extracción sanguínea para la determinación de serología del virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C y VIH. Los resultados obtenidos serán incluidos en su Historia Clínica personal y se tratarán con los criterios de confidencialidad de la relación médico-paciente.

Firma del paciente y DNI

Fecha...../...../ 20.....

REPRESENTANTE

D./D^a..... con D.N.I.....

En calidad de doy mi consentimiento en los términos arriba referidos.

Firma

Fecha...../...../ 20.....

MÉDICO RESPONSABLE

Firma

Fecha...../...../ 20.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Anulo el consentimiento firmado en este documento. Me han sido explicadas las consecuencias que, sobre la evolución de la enfermedad que padezco / padece el paciente, esta anulación pudiera derivar, y en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante

Fecha...../...../ 20.....