

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

Identificación del usuario / Pegatina

1<sup>er</sup> APELLIDO: .....  
2<sup>do</sup> APELLIDO: .....  
NOMBRE: .....  
Nº HISTORIA CLÍNICA: .....  
Fecha de Nacimiento ..... DNI.....

### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Para poder realizar la intervención quirúrgica o exploración a la que Ud. va a ser sometido se requerirá un tipo concreto de anestesia, dependiendo fundamentalmente del acto médico a realizar, de su estado de salud previo, y, en caso que no esté contraindicado ningún tipo de anestesia, de las preferencias de su médico anesthesiólogo y de Ud. mismo. Hay varias modalidades:

**ANESTESIA GENERAL:** Consiste en la administración de fármacos (anestésicos, analgésicos, relajantes musculares, etc.) por vía intravenosa o inhalatoria para suprimir la consciencia, eliminar el dolor y facilitar las condiciones quirúrgicas (inmovilidad, etc.).

**ANESTESIA LOCORREGIONAL:** Consiste en anestesiar por bloqueo nervioso la zona implicada en la intervención, mediante la introducción de un anestésico en el espacio raquídeo/epidural (espalda) o zona que se opera, a través de una aguja y/o catéter. Esta técnica permite al paciente estar despierto, evitando algunas complicaciones derivadas de la anestesia general, y en algunos casos se puede mantener la anestesia durante horas o días (parto, dolor crónico, etc.).

**SEDACIÓN:** Este término engloba un conjunto de procedimientos anestésicos que permiten conseguir una situación de bajo nivel de consciencia o incluso de leve inconsciencia que permite la realización de técnicas quirúrgicas o diagnósticas mínimamente invasivas (p ej.: endoscopias). Para ello se utilizan una serie de fármacos por vía intravenosa cuya función es la analgesia, la disminución de la ansiedad y la inducción del sueño.

### CONSECUENCIAS DE LA APLICACIÓN DE ANESTESIA

Proporciona las condiciones adecuadas para la realización de la cirugía y/u otro procedimiento que no pueda ser realizado sin anestesia.

Durante las horas siguientes a su aplicación, puede producir somnolencia u otras molestias leves. Por ello, en caso de técnicas ambulatorias que permitan un alta precoz, es preciso disponer de una persona que se haga responsable del paciente durante el traslado al domicilio y para su acompañamiento en el mismo.

### RIESGOS

#### Riesgos de la anestesia general:

Entre las complicaciones que pueden surgir en una anestesia general se encuentran: daño dental, síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos, lesiones derivadas de la posición quirúrgica, complicaciones derivadas de hemorragias intraoperatorias y transfusiones, alergias y/o reacciones adversas a medicamentos, etc. Excepcionalmente pueden ocurrir complicaciones graves, ya sean cardíacas, respiratorias o renales, y en un porcentaje mínimo puede haber complicaciones neurológicas de tipo coma irreversible y muerte.

**Riesgos de la anestesia locorregional:** Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la hipotensión arterial, náuseas y/o vómitos, retención urinaria, cefaleas de mayor o menor intensidad, dolor de espalda, toxicidad por anestésicos locales, infecciones locales, o alergias. En ocasiones puede ser necesario practicar además una anestesia general por motivos médicos o porque las molestias del paciente así lo requieran. Excepcionalmente pueden ocurrir daños neurológicos (como lesiones nerviosas, hematomas, infecciones, y meningitis).

**Riesgos de la sedación:** Las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir son depresión respiratoria excesiva que requiera actuación en vía aérea, y/o conversión a anestesia general, náuseas y vómitos, o somnolencia más o menos intensa. También puede producirse una aspiración al pulmón de contenido gástrico, situación grave pero poco frecuente si se siguen las instrucciones de ayuno correctamente.

#### Riesgos específicamente relacionados con el paciente:

.....  
.....

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO Y CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN

Normalmente no se puede realizar la intervención/exploración sin anestesia, salvo ciertas exploraciones poco dolorosas en que se requeriría la máxima colaboración del paciente para llevarse a cabo.

1<sup>er</sup> APELLIDO: .....  
2<sup>do</sup> APELLIDO: .....  
NOMBRE: .....  
Nº HISTORIA CLÍNICA: .....  
Fecha de Nacimiento .....DNI.....

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### PACIENTE

D./ D<sup>a</sup> .....con DNI.....declaro que el/la médico, Dr/Dra....., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicho procedimiento. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En Madrid a ...de.....de 20.. Firmado el/la paciente

### REPRESENTANTE LEGAL

D./D<sup>a</sup>..... con DNI..... y domicilio en ..... calle .....nº... declaro que el/la médico, Dr/Dra....., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D<sup>a</sup>.....con DNI....., dicho procedimiento. He recibido copia del presente documento.

En Madrid a ... de .....de 20.. Firmado. el/la representante

### MÉDICO

Dr/Dra.....

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

En Madrid a ..... de ..... De 20... Firma, nº de colegiado

**NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN**   
**REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE**

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

Firmas: (Paciente)

El/la médico Dr..... Colegiado