

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- **En qué consiste:** la anestesia **general** es la pérdida del conocimiento y de la sensación de dolor en todo el cuerpo. Desde el comienzo hasta el final de la anestesia se encontrará usted en un estado tranquilo, semejante al sueño.
La anestesia **local-regional** consiste en la inyección de un fármaco que deja la zona de operación sin sensibilidad.
La **sedación** consiste en darle un medicamento que le relaja y le tranquiliza durante la operación.
 - **Cómo se realiza:** se inicia con una inyección de preparación (premedicación) que puede ser suficiente en intervenciones cortas. Para operaciones más largas se continuará la administración de fármacos a través de una vena o bien con un gas aplicado mediante una mascarilla o un tubo.
En la anestesia con intubación, recibirá oxígeno y gas anestésico a través de un tubo que es introducido en la garganta una vez que usted se haya dormido. La intubación da un alto grado de seguridad para la respiración y protege los pulmones contra las consecuencias de un posible vómito.
La anestesia local-regional se realiza mediante una inyección, que puede ser en la zona lumbar de la espalda, o en una zona cercana al lugar de la cirugía.
Durante la operación va a estar controlado/a por un médico especialista que valorará a través de diferentes sistemas de monitorización, sus requerimientos anestésicos y la respuesta de su organismo.
Después de la operación se le trasladará a la Unidad de Reanimación, Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Recuperación postanestésica, para que permanezca controlado hasta que se recupere de la anestesia.
 - **Cuánto dura:** la duración dependerá de la operación que se le vaya a realizar.
- 2. Qué objetivos persigue:** permitir la realización de la operación o de la prueba sin dolor y en las mejores condiciones para el médico.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja, aunque ninguna intervención está libre de riesgo. En general son leves y reversibles; sin embargo sigue existiendo la posibilidad de graves lesiones de órganos vitales (1 de cada 10.000).

Riesgos comunes a los distintos tipos de anestesia:

- Reacciones alérgicas a los líquidos o medicamentos utilizados; pueden darse aunque no tenga antecedentes de alergia, y pueden ser leves o graves.
- Náuseas, vómitos, dificultad para orinar y dolores musculares los días que siguen a la operación.
- Flebitis y/o tromboflebitis (inflamación de las venas). Quemaduras en la piel o electrocución por la utilización de instrumentos eléctricos durante la operación.
- Parada cardíaca imprevista, con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible; este riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada, anestesia general y en la cirugía de urgencia.

Riesgos de la **anestesia general**:

- Reacciones alérgicas a sangre o derivados.
- Reacción febril aguda y grave de causa no infecciosa (hipertermia maligna).
- Dificultades respiratorias; su riesgo es mayor en enfermos con afectación pulmonar, obesidad, anomalías de cara y cuello o con enfermedades musculares.
- Neumotórax (entrada de aire en la cavidad pleural, que recubre los pulmones); puede ser secundario a una punción venosa central (en una vena del cuello), a bloqueos nerviosos o a la respiración artificial.
- Rotura, movilización o extracción accidental de dientes, en caso de intubación.
- Afectación de las cuerdas vocales y lesiones oculares.
- Lesión nerviosa postural.

- Depresión, pesadillas o neurosis postanestésica.

Riesgos de la anestesia epidural, raquianestesia y de los bloqueos nerviosos:

- Hematoma, hemorragia o infección en la zona de punción.
- Meningitis, en las punciones raquideas.
- Lesión de los nervios anestesiados, provocando una alteración de la sensibilidad y/o parálisis de los miembros anestesiados, que puede ser parcial o total y transitoria o permanente,
- Dolor de cabeza y trastornos de la visión.

Nosotros disminuimos los riesgos al realizar el estudio durante la consulta preanestésica, pero algunos factores no pueden predecirse, pudiendo ocurrir de forma accidental.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios de este hospital están dispuestos para solucionarlas.

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Permite realizar la exploración o intervención quirúrgica con un máximo de bienestar y seguridad.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Para poder realizar su proceso es necesario aplicar anestesia general, regional, local o sedación.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

1. Relativo al paciente:

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

He sido informado/a suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Sé que estoy siendo atendido en un Hospital Universitario. Autorizo SI NO para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes y científicos.

Firma del paciente

Fecha:/...../.....

2. Relativo al médico:

Dr./Dra. he informado al paciente y/o al tutor o familiar

del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:/...../.....

3. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña. no tiene capacidad para decidir en este momento.

D./D.^a con D.N.I. y en calidad de

..... he sido informado/a suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha:/...../.....