



**CONSENTIMIENTO
INFORMADO
ANESTESIA
GENERAL/REGIONAL
o COMBINADA**

Etiqueta
Nombre:
Apellidos:
NHC:
Fecha:

Identificación del procedimiento: Perspectivas

s

_Las diferentes **técnicas anestésicas** tienen por objeto **permitir intervenciones quirúrgicas** o pruebas diagnósticas/terapéuticas de diversa índole, con la máxima seguridad y la mínima molestia para los pacientes.

_Existe diversas técnicas anestésicas (anestesia general, anestesia loco-regional) que pueden ser utilizadas conjuntamente para conseguir el procedimiento **mas seguro y efectivo** para los pacientes.

_Estos procedimientos son realizados por un **facultativo especialista en anestesiología**, responsable del mantenimiento de las funciones vitales del paciente. En los Hospitales Universitarios, pueden participar los médicos residentes en proceso formación.

_Por **anestesia general** entendemos un estado de **pérdida de consciencia y de reactividad a estímulos dolorosos** intensos, producida de forma **reversible**, mediante la introducción de **diferentes fármacos** en el organismo, por diferentes vías.

_Mediante las técnicas anestésicas **loco-regionales** se pretende conseguir la **ausencia de movilidad y dolor** limitada a un área o miembro del cuerpo, que facilite el procedimiento, pero manteniendo el paciente su consciencia.

_La **anestesia general abole el control de las funciones vitales**, por lo que el anestesiólogo debe proporcionar un control de la respiración, circulación, metabolismo, para lo cual se ayuda de los dispositivos médicos auxiliares precisos.

_Es posible **complementar** las **técnicas loco-regionales** con grados variable de **sedación**, que permiten disminuir el nivel de consciencia, si el paciente lo desea, para hacer mas confortable la experiencia.

Objetivos y beneficios que se esperan alcanzar

s

_Posibilitar la intervención con la máxima **Seguridad y comodidad**, evitando el dolor asociado al procedimiento indicado.

_La combinación de técnicas regionales con anestesia general permite **potenciar** los **efectos beneficiosos**, como el control del dolor postoperatorio, y reducir las cantidades de fármacos empleadas en el procedimiento, y sus posibles efectos deletéreos.

_Puede suceder que por **circunstancias** debidas a la dificultad técnica o elementos imprevistos, sea necesario **complementar** la anestesia loco-regional con una anestesia general en principio no prevista, para facilitar la realización segura del procedimiento.

_Es muy importante que cumpla las instrucciones relativas al ayuno y retirada de fármacos en el preoperatorio por su seguridad.

Alternativas razonables al procedimiento; Consecuencias NO realización

s

_Las técnicas loco-regionales, en ciertos casos, son una buena alternativa a la anestesia general.

_No siempre disponemos de técnicas alternativas a la anestesia general para todos los procedimientos.

_Existen técnicas no farmacológicas que también alivian el dolor y pueden permitir ciertos procedimientos quirúrgicos.

_El rechazo a las técnicas anestésicas puede conllevar la imposibilidad de realizar el procedimiento propuesto, debiendo referirse a su médico para solicitar un tratamiento alternativo no quirúrgico para su enfermedad.

Contraindicaciones: absolutas o relativas

s

_En relación a **la Anestesia Loco-Regional**:

.Absolutas: Rechazo del paciente; Coagulopatía, Sepsis, Dermatitis local o infección lugar punción, alergia a fármacos.

.Relativas: Enfermedades Sistema Nervioso Periférico, intervenciones vertebrales, hipotensión.

_En relación a **la Anestesia General**:

.Alergia conocida a fármacos anestésicos o interacciones medicamentosas entre diversos tratamientos del paciente

.Situación clínica del paciente en la que el procedimiento quirúrgico empeore o condicione aún mas las funciones vitales.

Riesgos asociados:

s

_La frecuencia de complicaciones es muy baja, en general de carácter leve, siendo las complicaciones graves muy raras(1:100.000)

.Asociadas a la anestesia General :

.En general, los riesgos están en relación al estado de salud previo del paciente, su edad, enfermedad causal, tipo, complejidad y duración del procedimiento indicado.

.Riesgos asociados a posibles reacciones alérgicas a alguno de los fármacos empleados, desconocidas previamente.

.Riesgos incrementados asociados al carácter urgente de la intervención.

.Riesgos asociados al control de la ventilación, que pueden variar desde simples molestias en la laringe, movilización de piezas dentarias, ronquera hasta riesgo de paso de contenido gástrico al pulmón.

.Aunque en raras ocasiones, a veces es imposible el control de la vía aérea, y se requieren procedimientos especiales, incluida la realización de una vía aérea quirúrgica para evitar la asfixia del paciente, un daño cerebral severo o incluso la muerte del paciente.

.Asociadas a la anestesia loco-regional :

- .Disminución de la tensión arterial. Náuseas, vómitos, calambres, temblores o picores. Retención de orina. Cefalea.
- .Analgésia insuficiente: unilateral, parcheada que requiere repetir la técnica o rescatarla con anestesia general.
- .Daños producidos por acción directa de la aguja, hematomas o infecciones que pueden comprimir estructuras nerviosas o vasculares y que pueden requerir tratamiento antibiótico o quirúrgico (1:150.000)
- .Distribución accidental del anesésico local hacia la sangre, que puede causar complicaciones neurológicas y cardiovasculares, incluidas convulsiones y parada cardiorrespiratoria.

Riesgos personalizados : específicos del paciente**_ Riesgos personalizados:**

.Debe informarnos de: posibles alergias medicamentosas, tendencia al sangrado, enfermedades concomitantes, medicaciones actuales, sobre todo antiagregantes y/o anticoagulantes o cualquier otra circunstancia importante.

.Debido a su estado de salud y situación clínica:

.....

.Pueden estar incrementados la frecuencia y gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

Declaraciones y firmas

Sr/Sra.....

DNI

Sr/Sra

DNI

en calidad de representante legal

Que el Dr/Dra.

me ha explicado que la pertinencia de la administración de ANESTESIA GENERAL/REGIONAL o COMBINADA en mi situación y **declaro** que:

He recibido **información clara y sencilla**, oral y escrita, sobre el procedimiento que se me practicará.

He **entendido** las explicaciones del equipo médico sobre el procedimiento y porqué se hace.

Me han **explicado los riesgos y los beneficios**, teniendo en cuenta mis circunstancias personales.

Me han explicado las **alternativas** y las consecuencias inherentes a la no realización del procedimiento.

Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, comunicando esta decisión al equipo médico, y sin perjuicio de la atención que se me preste.

Por lo cual **autorizo** de forma libre y voluntaria que se me realice el procedimiento propuesto.

....., de.....de 202.....

Firma paciente/representante

Firma Dr./Dra: (Nombre, Apellidos, N^o colegiado)

Revocación, Renuncia derecho información, Material gráfico o biológico

Sr/Sra

DNI

Manifiesto mi **renuncia al derecho de información**, y expreso mi deseo de no recibir información en el momento actual sobre el procedimiento

....., de.....de 202.....

Firma paciente/representante

Firma Dr./Dra: (Nombre, Apellidos, N^o colegiado)

Sr/Sra

DNI

Manifiesto mi deseo de **revocación del consentimiento** anteriormente suscrito, dejando sin efecto el mismo.

Deseo realizar las siguientes observaciones:

....., de.....de 202.....

Firma paciente/representante

Firma Dr./Dra: (Nombre, Apellidos, N^o colegiado)

Sr/Sra.....

DNI

Siendo intervenida en un Hospital Universitario, **autorizo** la utilización de **material gráfico o biológico** resultado del procedimiento, el cual puede ser susceptible de ser almacenado y usado sólo con fines docentes o científicos

....., de.....de 202.....

Firma paciente/representante

Firma Dr./Dra: (Nombre, Apellidos, N^o colegiado)