



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
Hospital de Cabueñes  
GIJÓN

Servicio de Anestesiología y Reanimación

Nº Historia \_\_\_\_\_ Nº S.S. \_\_\_\_\_  
Primer apellido \_\_\_\_\_  
Segundo apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA GENERAL

### EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA GENERAL

La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor.

Para anestesiarle a Vd. es preciso pinchar una vena por la que se le administrarán los sueros y medicamentos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista.

Por el efecto de los fármacos anestésicos estará dormido y relajado durante la cirugía. Durante la anestesia es preciso colocarle un tubo, a través de la boca o la nariz, que llega hasta la tráquea (conducto que comunica la boca con los pulmones). Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración.

Unos adhesivos con unos cables colocados en el pecho permitirán el control de su función cardiaca.

El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo este proceso de principio a fin y tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

### RIESGOS TIPICOS DE LA ANESTESIA

- Excepcionalmente, la introducción del tubo hasta la tráquea puede entrañar alguna dificultad y, a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente.
- Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar alteraciones respiratorias. Una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto, al menos durante 6 horas antes de la intervención programada. Esta complicación es seria pero poco frecuente.
- La administración de los "sueros" y los medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario. Es necesario que Vd. sepa que las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimación y de Alergología e Inmunología Clínica y los expertos de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud desaconsejan 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, aún siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.
- Como consecuencia de su estado clínico puede ser necesario transfundirle sangre (o algún derivado de ella) que procede de donantes sanos que no reciben ninguna compensación económica por la donación. Cada donación es analizada con técnicas de máxima precisión para la detección de determinadas enfermedades infecciosas (por ejemplo: Hepatitis, Sida, etc.) que se transmiten por la sangre. A pesar de ello la sangre y/o sus componentes pueden seguir transmitiendo esas enfermedades, aunque con un riesgo de muy baja frecuencia.

Al igual que los medicamentos la sangre y sus componentes pueden dar lugar a reacciones transfusionales.

- Después de la anestesia, durante algunas hora, pueden aparecer algunas molestias como ronquera, náuseas y vómitos.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:.....  
.....  
.....

**DECLARO** que he sido informado por el médico de los riesgos de la anestesia, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento, sin necesidad de explicar la causa.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER ANESTESIADO.**

En Gijón, a ..... de ..... de .....

Firma del MÉDICO que informa

Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Dr./Dra. ....

Fdo.: D/D<sup>a</sup> .....

(nombre y dos apellidos)

Colegiado N<sup>o</sup> .....

D.N.I. ....

Parentesco .....

---

## REVOCO EL CONSENTIMIENTO ANTERIORMENTE PRESTADO.

En Gijón, a ..... de ..... de .....

Firma del MÉDICO

Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Dr./Dra. ....

Fdo.: D/D<sup>ña</sup>. ....

(nombre y dos apellidos)

Colegiado n<sup>o</sup>. ....

D.N.I. ....

Parentesco .....

(Carácter con el que actúa: padre, madre, tutor.....)