



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 LOCO-REGIONAL

EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA LOCO-REGIONAL

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

En estos casos de anestesia no general – en los que Vd. permanecerá despierto – se le administrará el anestésico mediante inyección en la zona donde se le va a intervenir, y en ocasiones el pinchazo de la anestesia se tendrá que hacer en la columna vertebral mediante diferentes técnicas.

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

RIESGOS TÍPICOS DE LA ANESTESIA LOCO-REGIONAL

- 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.
- En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas, produciendo los efectos de una anestesia general que se puede acompañar de complicaciones graves como bajada de la tensión, convulsiones, etc. Generalmente estas complicaciones se solucionan pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general.
- 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.
- En caso de que la anestesia regional no sea posible, o no se consiga por razones técnicas puede ser necesario realizar una anestesia general.
- Tras la administración de la anestesia regional pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda que desaparecen en los días posteriores.
- Es posible, después de este tipo de anestesia que queden molestias en la zona con sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajeros.

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/Dª

(nombre y dos apellidos)

Colegiado Nº

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/Dña.

(nombre y dos apellidos)

Colegiado nº

D.N.I.

Parentesco

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