

Nombre: .....  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

DNI: .....

## Declaro

Que el Doctor/a .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo)

me ha explicado que el tratamiento médico recomendado en mi caso .....

### Finalidad:

El propósito principal de la anestesia general es permitir que sea operado sin sufrir dolor, mediante la administración de fármacos anestésicos por vía intravenosa y/o inhalatoria, procurándome la máxima seguridad, comodidad y vigilancia durante el acto quirúrgico.

En caso de poder realizarse la intervención con anestesia loco-regional, se realizará ésta que tiene como finalidad producir insensibilidad en la zona a operar, que permanecerá "dormida", encontrándome consciente durante la cirugía.

En ocasiones se pueden combinar las dos técnicas, general y regional, siempre que esto suponga un beneficio para mí durante la realización de la cirugía o en el periodo de recuperación de la misma.

### Descripción del procedimiento:

- La anestesia general consiste en proporcionarme un estado reversible de pérdida de la conciencia, de analgesia y relajación muscular. Para ello, es preciso pinchar una vena por la que se administrarán los sueros y los fármacos necesarios según mi situación y el tipo de cirugía previsto. Durante la anestesia general, al estar dormido y relajado, es preciso colocarme un tubo u otros dispositivos, a través de la boca o la nariz, que permitirán mantener la respiración de forma adecuada. Según la complejidad de la cirugía o de mi estado de salud necesitaré diferentes grados de monitorización que incluyen la función del corazón y los pulmones. En ocasiones será necesaria la canalización de una arteria o el sondaje de la vejiga o el estómago además de la monitorización habitual necesaria en todos los pacientes quirúrgicos.

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

- La anestesia loco-regional consiste en la inyección, con la ayuda de una aguja, de medicamentos llamados anestésicos locales, en la proximidad de un nervio, de un grupo de nervios o de la columna vertebral, mediante diferentes técnicas, produciendo ausencia de dolor en la región donde se me va a intervenir. Es un acto anestésico completo que requiere exactamente las mismas precauciones y vigilancia por el anestesiólogo que la anestesia general.

### Riesgos generales:

Para la valoración del riesgo quirúrgico debemos considerar, el riesgo debido a la propia intervención quirúrgica, del cual me informará el cirujano, y el riesgo que se deriva de la anestesia. Sé que millones de personas se operan y anestesian todos los años sin complicaciones. No obstante, los riesgos típicos de la anestesia general son:

- Excepcionalmente, la introducción del tubo hasta la tráquea (Intubación) puede entrañar alguna dificultad y, a pesar de hacerlo con cuidado, la maniobra puede dañar algún diente (de manera parcial o total – pérdida del diente-) o lesionar alguna zona de la boca faríngea o laringe.
- Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar complicaciones respiratorias que en raras ocasiones pueden ser graves. Una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto (sólidos y líquidos), según las indicaciones de su anestesiólogo. Después de la anestesia general, durante algunas horas, pueden aparecer algunas molestias como ronquera, náuseas y vómitos, temblores u otras complicaciones que generalmente revisten poca gravedad y habitualmente desaparecen en las siguientes 48 horas.

La administración de la anestesia loco-regional tiene riesgos típicos que son:

- 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 pueda acompañar de complicaciones graves, como la disminución de la tensión arterial, alteraciones en el electrocardiograma, convulsiones y coma. Generalmente estas complicaciones se solucionan pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general.
- Tras la administración de la anestesia loco-regional pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, que desaparecen en días posteriores.
- Es posible, después de este tipo de anestesia, que queden molestias en la zona, con sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajeros, retención urinaria, náuseas y vómitos, así como una analgesia incompleta.

La administración de sueros y fármacos que son imprescindibles durante la anestesia, pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves, pero tienen carácter extraordinario. Está desaconsejada la práctica sistémica de pruebas de alergia a los fármacos anestésicos, ya que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos. Al igual que ocurre con el resto de fármacos. Además estas pruebas no están libres de riesgos, y aún siendo su resultado negativo, los fármacos anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

Independientemente de los riesgos y complicaciones considerados anteriormente y de forma excepcional, durante un procedimiento anestésico pueden producirse situaciones graves que den lugar a un desenlace fatal.

Como consecuencia de mi estado clínico puede ser necesario que se me transfunda 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 (p.e.: 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 originar reacciones transfusionales.

**Riesgos personalizados:**

Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación vital actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos o complicaciones como .....

Existe una clasificación denominada ASA que valora el riesgo del paciente en función de la situación de la salud del mismo en el momento que se va a realizar la cirugía.

- ASA I
- Estado de salud: Excelente sin enfermedades sistémicas
  - Limitaciones de actividad: Ninguno.

- ASA II
- Estado de salud: Enfermedad no vital de un sistema pero bajo control.
  - Limitaciones de actividad: Ninguna.

- ASA III
- Estado de salud: Enfermedad importante de un sistema o de varios sistemas pero bajo control.
  - Limitaciones de actividad: Presente pero no incapacitante.

- ASA IV
- Estado de salud: Precario pero con al menos una enfermedad severa con mal control o estado terminal.
  - Limitaciones de actividad: Incapacitado.

- ASA V
- Estado de salud: Muy malo o moribundo.
  - Limitaciones de actividad: Incapacitado

- ASA VI
- Paciente en muerte cerebral.

En función de mi estado de salud actual se considera una valoración ASA .....

**Declaración del enfermo**

He sido informado por el médico abajo mencionado de:

- o Las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado.
- o Las posibles alternativas del mismo.
- o Que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Y en tales condiciones, **Consiento**

.....  
**Fdo. EL PACIENTE**

.....  
**Fdo. EL MÉDICO**  
**Nº de Colg.....**

**En ....., a ..... de ..... de .....**

DECLARACIÓN del familiar, persona allegada o representante legal, en su caso, de que han recibido la información por incompetencia del paciente

Nombre ..... DNI ..... Firma .....

DECLARACIÓN del testigo en su caso

Nombre ..... DNI ..... Firma .....

**Denegación o revocación**

Ante los testigos abajo firmantes, yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento arriba indicado, manifiesto a día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_ de forma libre y consciente mi denegación/revocación (**táchese lo que no proceda**) para su realización, haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico legales que puedan derivarse de esta decisión.

.....  
**Fdo. EL PACIENTE**

.....  
**Fdo. EL MÉDICO**  
**Nº de Colg.....**