

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANESTESIA GENERAL Y LOCAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

El médico anesthesiólogo es el encargado de realizar y controlar todo el proceso de la anestesia general y regional desde el principio al fin y así poder controlar las probables complicaciones si las hubieran. Mediante métodos clínicos y aparatos se controla y se vigila las funciones vitales, cardíaca, respiratoria, cerebral y demás. Con ello se mantiene una estricta vigilancia y una máxima seguridad en el control.

La anestesia general consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida transitoria de conciencia, analgesia y relajación muscular. Para ello es necesario realizar una punción en una vena o introducir un catéter (tubito de plástico), por la que se administran sueros y fármacos necesarios según el tipo de paciente y la cirugía a realizar.

Durante la anestesia general, al estar dormido y relajado, es necesario mantener la respiración en forma artificial. Para ello, se necesita colocar un dispositivo (tubo orotraqueal, máscara laríngea u otra), a través de la boca o la nariz que llega ala laringe o la tráquea. Este dispositivo se conecta a un aparato de respiración artificial con lo que se asegura la respiración durante el acto anestésico.

La anestesia regional consiste en la inyección con la ayuda de agujas especiales, de medicamentos llamados anestésicos locales, en la periferia de un nervio o en la columna vertebral, consiguiendo así que no se sienta ningún dolor durante el procedimiento quirúrgico.

La anestesia loco-regional consiste en un acto médico anestésico que requiere, por parte del médico especialista, las mismas precauciones y vigilancia que la anestesia general.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Otorgar la anestesia y la analgesia adecuada para poder realizar el procedimiento quirúrgico más adecuado.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Si no fuese satisfactoria la analgesia regional o local, el anesthesiólogo deberá administrar anestésicos generales.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Ellos son: Náuseas y vómitos, Cefaleas, Dorsalgia, Faringitis o ronquera, Dolor muscular, Hinchazón de tejidos blandos.

RIESGOS POCO FRECUENTES

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Daño de ojos, boca o cuerdas vocales, Neumonía, Sueños o recuerdos de sucesos transoperatorios, Dolor o parálisis, Lesión de venas, arterias, Lesión de órganos: hígado o riñones, Reacciones medicamentosas
En casos raros: daño cerebral permanente, ataque al corazón y muerte.
En caso de embarazadas: Los anestésicos cruzan la placenta y anesthesian temporalmente al feto. Son muy raras las complicaciones que este puede sufrir por la anestesia, pero entre los riesgos están: defectos congénitos, trabajo de parto prematuro, lesión cerebral, muerte.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANESTESIA GENERAL Y LOCAL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **ANESTESIA GENERAL Y/O REGIONAL/LOCAL**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **ANESTESIA GENERAL Y/O REGIONAL/LOCAL**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO