

CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA RAQUÍDEA/PERIDURAL.

Ciudad y fecha:/...../20_____

1. Yo....., habiendo prestado conformidad para la realización de una cirugía o procedimiento invasivo conocido como , cuyos motivos, características, propósitos, riesgos y eventuales complicaciones me han sido explicadas en términos claros y sencillos, por el presente autorizo al **Dr./a** para que lleve a cabo el procedimiento anestésico, Anestesia Raquídea/Subaracnoideal o Epidural/Peridural (*se tacha la que no corresponde*), necesario para la intervención antes mencionada.
2. El profesional antes indicado me ha explicado que la anestesia peridural es aquella que permite el bloqueo de la conducción nerviosa mediante la infiltración con una solución anestésica local, del *espacio peridural*; mientras que la anestesia raquídea es aquella que posibilita el bloqueo de la conducción nerviosa mediante la infiltración de la solución anestésica en el *espacio subaracnoideo*. En ambos casos la infiltración del anestésico se realiza con la utilización de un catéter especial que varía según el tipo de anestesia, el cual se introduce en el espacio intervertebral seleccionado. Asimismo se me ha aclarado que el médico anestesista es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para cada caso, dependiendo de la operación que se va a realizar y del estado o condiciones del paciente, especificándoseme que en mi caso será necesario realizar una anestesia.....
3. Se me ha informado que el anestesista es el encargado de cuidar el estado general del paciente durante la cirugía, tratar las complicaciones anestésicas que pudieran surgir, y realizar el monitoreo cardiaco, sin perjuicio de la intervención de un cardiólogo, en los casos en que se expresamente haya indicado su presencia. Asimismo se me ha explicado que todo acto anestésico es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones graves e incluso la muerte; toda ellas en relación con el estado de salud previo, edad, tipo, complejidad y duración de la intervención quirúrgica, así como consecuencia de reacciones alérgicas u otros posibles factores de riesgo inevitables. Cada tipo de anestesia tiene sus propios riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo.
4. Se me han explicitado los riesgos del procedimiento anestésico seleccionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 4.1. Se debe guardar un ayuno absoluto desde ocho horas antes de la cirugía. El Incumplimiento de esta norma supone la suspensión de la cirugía.
 - 4.2. Se debe mantener cualquier medicación que se este tomando de manera habitual (por ejemplo medicamentos para la hipertensión), salvo indicación médica se suspenderla. El día de la cirugía la medicación debe tomarse con un sorbo de agua sin romper la norma anterior. Solamente bajo estricta prescripción médica se debe suspender una semana antes de la operación los medicamentos que afectan a la coagulación de la sangre (por ejemplo, Aspirina®, Adiro®, Asantantín®, Tromalyt®, Tiklid®, Persantín®, Disgren®, etc). Si se es fumador debe intentarse interrumpir el hábito al menos una semana antes de la cirugía.
 - 4.3. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de técnica anestésica son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido explicitadas, enunciándose a continuación a título ejemplificativo las siguientes:
 - 4.3.1 La administración de los anestésicos pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario. Los expertos 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 reacciones adversas a los mismos. Además, estas pruebas no están libres de riesgos y, aún siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.
 - 4.3.2 Otras posibles complicaciones son las siguientes: Dolores de cabeza persistentes, náuseas, vómitos, lumbalgia, hipotensión, retención aguda de orina, convulsiones, parestesias, hematoma

epidural o subdural, meningitis, absceso peridural, aracnoiditis, bloqueo espinal total, lesión nerviosa periférica, síndrome de cola de caballo.

4.3.3 Aunque es altamente infrecuente existe la posibilidad de que se presentan las siguientes complicaciones: Bradicardia, apnea, paro cardiorrespiratorio y óbito.

5. Estoy en conocimiento que durante el curso de la anestesia condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el anestesista antes nombrado, o quien el designe, realice/n los procedimientos que sean necesarios y deseables a su juicio profesional.
6. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni al contestar los distintos aspectos consultados en la evaluación pre-anestésica que se me ha efectuado. Manifiesto ser alérgico a:.....-
7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificaciones introducidas por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
8. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
9. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

