

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ANESTESIOLOGÍA. ASPECTOS BIOÉTICOS.

Autores: Dra. Maria del Carmen Hernández Quintana^{}, Dr. Antonio Orta Castillo[†],
Dra. Alicia Martínez Ramos[‡], Dr. Osdrelys Rodríguez Vargas[§].*

RESUMEN: Los deberes y derechos con base en la ética y la moral regulan el ejercicio de la profesión médica desde hace más de cuatro mil años. Los dilemas éticos confrontan al médico permanentemente. En este artículo se revisan y definen algunos de los conceptos bioéticos que debemos conocer para entender el consentimiento informado como un proceso por el cual el paciente expresa su autodeterminación para recibir atención médica. Se describen las peculiaridades del consentimiento informado en Anestesiología y se propone un modelo para su aplicación en nuestra Especialidad. Palabras clave: Bioética, Anestesia clínica, Consentimiento informado.

^{*} Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesora Asistente.

[†] Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Asistente. Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”

[‡] Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

[§] Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de Cuarto Año de Anestesiología y Reanimación.

INTRODUCCIÓN:

Desde el inicio mismo de la vida humana los hombres comenzaron a regirse por determinadas normas de comportamiento, opiniones y sentimientos característicos del momento histórico concreto en que se desarrollaron y que fueron evolucionando paulatinamente con el desarrollo de la sociedad. Desde entonces ha existido la ética y la moral, ya que ambos vocablos aunque proceden de raíces etimológicas diferentes (ética se deriva del griego *ethos* y moral proviene del latín *moris*) tienen en su origen como términos el mismo significado: costumbres, hábitos^{1,2}

Con el desarrollo de la sociedad, la ética y la moral comenzaron a evolucionar; esta última se convirtió en la práctica de reglas en el cumplimiento de los deberes de las distintas facetas que conforman la conducta humana y la ética se transformó en la filosofía y en la ciencia de la moral, la que regula, la que pauta, la que preceptúa, la que norma. En síntesis, la moral constituye la praxis y la ética conforma la doctrina de la moral².

A lo largo de la vida se toman una serie de decisiones morales y se actúa conforme a ellas. Como teoría de la moral existe una ética general para la vida, pero la propia evolución del conocimiento ha hecho que surja una ética particular para las diferentes profesiones³. La Medicina, la más antigua de las ciencias y la más vieja de las artes, al decir de Oliver Sacks, no escapa a este hecho.

Los dilemas éticos que encontramos en el campo médico-quirúrgico son numerosos y diversos y para su correcto

razonamiento los profesionales deben considerar los fundamentos de conceptos filosóficos

El término “paciente” por ejemplo, deriva del latín e indica “el que sufre la acción”, concepción que resalta un aspecto pasivo. Sin embargo está claro que el mejor paciente es aquel que participa de forma activa en la solución del proceso salud-enfermedad^{4,5}.

La autodeterminación del paciente es una importante cuestión ética que debemos enfrentar los profesionales de la Medicina e incluye aspectos tan diversos como la negación y la renuncia a la atención, las directivas anticipadas y los discutidos suicidio asistido y eutanasia voluntaria activa⁶.

Específicamente en el entorno de la Anestesiología hay en todo momento múltiples cosas que hacer en la atención integral al enfermo, cada una de las cuales puede ser intrínsecamente correcta, sin embargo, es válido reflexionar hasta dónde nuestro campo de acción es éticamente admisible o justificable.

En todo caso un paciente competente e informado tiene el derecho moral y legal de consentir o refutar las intervenciones médicas recomendadas. Esta realidad es a menudo soslayada o tergiversada por el equipo de salud.

Con este trabajo nos propusimos realizar una revisión de los conceptos actuales de la Bioética que nos condujeran a una mejor comprensión del proceso de consentimiento informado para incorporarlo a nuestra práctica diaria.

DESARROLLO

La Ética es una ciencia filosófica que parte de la interpretación materialista-dialéctica de la esencia social del hombre y de las leyes del desarrollo de la moral como forma específica de la conciencia social, por lo que sus postulados atañen directa e indirectamente a la práctica vital del hombre ⁷.

Así, en lo que a Medicina respecta, en los inicios de la sociedad esclavista hace más de dos mil años a.n.e. , existió en Babilonia un rudimento de normas de conducta para la actuación médica denominado el Código de Hammurabi, así llamado en honor a su Rey, que tenía ese nombre y quien lo promulgó al final de su reinado; constaba de 282 párrafos, de los cuales 11 correspondían a la práctica médica y de veterinarios y donde se invocaba el principio de la Ley del Talió : “ojo por ojo y diente por diente”, según el cual el médico sufría castigos corporales (amputación de manos entre otros) en dependencia de las consecuencias de su actuación, cuando ésta ocasionaba la mutilación o la muerte y de igual forma se consignaba el cobro de honorarios médicos diferenciados en dependencia de la clase social a la que perteneciera el paciente.

En esta etapa no puede dejar de mencionarse a Esculapio, personaje un tanto mítico, pero a quien se le atribuyen “Los Consejos de Esculapio”, en el que se recogen las recomendaciones que un médico le da a su hijo que también quiere serlo.

Aparece después en Grecia con Hipócrates (460-375 a.n.e.), llamado

Padre de la Medicina, el Juramento Hipocrático como el más famoso juramento ético conocido y que se mantiene como un verdadero código ético porque contiene muchos preceptos morales que deben regir la actuación médica; entre ellos está el de hacer siempre el bien y nunca el mal así como observar un estrecho secreto profesional y una paternal relación con los pacientes ^{1, 3}.

En lo que al período contemporáneo respecta, los conceptos de ética en Medicina fueron introducidos por John Gregory en el Siglo XVIII ⁸.

Con el auge de la Revolución Industrial en Inglaterra, Thomas Percival de Manchester confeccionó en 1800 el llamado Código de Percival, que sirvió de base a los principios de ética médica enunciados cincuenta años después por la Asociación Médica Americana. Otros Códigos han surgido, algunos con carácter internacional, como la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y el Código Internacional de Ética Médica, donde se regulan el deber del médico y fundamentalmente los principios y normas de conducta que deben regir la actuación médica en la relación médico-paciente.

Resulta imposible referirse al alcance de la Ética Médica Contemporánea sin recordar los problemas ético morales que la propia “evolución” de la sociedad trajo aparejado y que condujeron en determinado momento a la promulgación por ejemplo, de documentos reguladores de las investigaciones biomédicas, como el Código de Nuremberg de 1947.

Por otra parte los avances logrados con la Revolución Científico-Técnica en el campo de la atención a la salud en los últimos cinco lustros (procederes diagnósticos y terapéuticos, ingeniería genética, maniobras de reanimación cardiopulmonar y neurociencias entre otros), han introducido profundas transformaciones en la práctica médica e impuesto su sello a los principios éticos de la medicina moderna^{1,3,9}.

Nacimiento de la Bioética.

En 1970 Van Rensselaer Potter, oncólogo norteamericano de la Universidad de Wisconsin, reunió a un grupo de médicos, teólogos, juristas, filósofos, sociólogos y psicólogos entre otros, para analizar, pensar y tomar decisiones ante determinadas circunstancias que rebasaban el marco de los problemas éticos seculares, surgiendo así la Bioética⁹. Su propio autor plantea: “elegí bio para representar la ciencia de la vida, de los seres vivientes y ética para incluir el conocimiento de los valores humanos”.

La Bioética es la ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención en salud^{9,10} y comprende:

- El sistema de valores de los trabajadores de la salud
- Las cuestiones sociales relacionadas con la salud
- Su aplicación en investigaciones biomédicas y del comportamiento humano
- Las cuestiones relacionadas con la vida de los animales y plantas (entorno ecológico).

Fundamentos teóricos de la Bioética

El modelo teórico en Bioética más difundido es el de los principios presentados por

Beauchamp y Childress, que propone los ancestrales principios de la beneficencia y la no maleficencia, a los que se agregaron los nuevos principios de autonomía y justicia^{1,4,5,9,11}.

➤ Beneficencia:

Es el deber de hacer el bien, objeto evidente de todas las modalidades de atención de salud y la promoción activa de actos benéficos (ej.: la amabilidad, bondad y caridad). También incluye el no castigar por infringir un daño.

➤ No maleficencia o inocuidad:

Significa no infligir daños, así como el de prevenirlos y evitarlos; concepto implícito en la máxima latina *primun non nocere*, aplicable a toda práctica médica.

➤ Justicia

Desde una amplia perspectiva, la justicia establece que casos similares deben ser tratados de igual manera. Implica dar a cada ser humano las condiciones para la expresión de todo desarrollo potencial e incluye el cumplimiento de compromisos y deberes contraídos.

➤ Autonomía

Derivada de las palabras griegas *autos* (“auto”) y *nomos* (“regla” o “ley”), designa el gobierno de sí mismo por las propias reglas, la facultad para gobernarse. En la disertación contemporánea tiene amplio significado, incluyendo los derechos individuales, la privacidad y la elección. La autonomía simboliza el derecho moral y legal del paciente de tomar una elección libre de influencias externas, por más

bienhechoras que sean para el paciente las intenciones del médico y de su propia familia.

Otros principios éticos comunes ⁴ que debemos conocer son los siguientes:

- ❖ Derecho a la intimidad (confidencialidad): la información obtenida de una persona no será revelada a otra a menos que sea en beneficio de la misma o que exista un lazo directo con una buena acción social.
- ❖ Respeto a las personas: Va más allá de la simple aceptación del contexto, de la noción o de la actitud que las personas tienen para hacer elecciones autónomas, para tratar a otras de tal manera que las capacita para tomar una decisión.
- ❖ Veracidad: La obligación de decir la verdad y no mentir o engañar a otros. Aunque hay diversas opiniones al respecto, en general la mentira crea la desconfianza del enfermo, que por lo general además, suele percatarse de su estado.
- ❖ Paternalismo: es la limitación intencional de la autonomía de otra persona justificada por una apelación a la beneficencia, o el bienestar, o necesidades de otros. En ese caso la prevención de cualquier daño o peligro es mayor que cualquier daño potencial causado por la interferencia de la autonomía. Ejemplo: persuasión al paciente sobre lo que creemos que necesita.

La Autonomía y el Consentimiento Informado.

El principio de la autonomía es parte central en la concepción del consentimiento informado.

Debemos diferenciar el consentimiento informado de la autorización que tradicionalmente se utiliza en el ámbito médico, ya que ésta es sólo la suscripción del documento que permite realizar el acto quirúrgico, sin requerir que el paciente se encuentre plenamente informado sobre las alternativas diagnóstico-terapéuticas, posibles riesgos, complicaciones, etcétera ⁵.

El consentimiento informado:

a) se basa en que el individuo en pleno uso de sus facultades, tiene la capacidad legal y el derecho para por sí mismo adoptar una decisión racional y correcta, estando en posesión de todos los elementos disponibles. Se fundamenta en el concepto legal de intimidad y se enfrenta al llamado “paternalismo” del médico, al colocar al paciente como interlocutor válido y en términos de igualdad en su relación con el prestador de salud ^{12, 13, 14}.

b) señala que es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre su padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos posibles, las molestias y complicaciones que pueden esperarse, las secuelas o riesgos inherentes a ellos y las ventajas o desventajas de los procedimientos opcionales, a efecto de que decida los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable ^{5, 14}.

c) es el derecho que le asiste a un enfermo a recibir dicha información veraz en un lenguaje comprensible y que no lesione su dignidad, ni despierte preocupación innecesaria, dándole la oportunidad para que decida participar en su tratamiento y otorgue su consentimiento^{5,11}.

El consentimiento informado se reglamentó en 1914 por Judge Cardoso y consta de dos elementos fundamentales que le dan validez al acto mismo: la *información* y el *consentimiento*. La *información*^{1, 5, 12, 14-17} corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes.

En primer lugar la provisión de la información, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber, pero siempre debe ser veraz. La ignorancia puede ser tan peligrosa como la mala información.

La falta de información, la información distorsionada y el engaño emocional son algunos de los factores externos que restringen la autonomía del paciente.

Por otra parte es imprescindible la comprensión de la información por parte del paciente, tomando en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso. El uso de términos médicos puede conllevar a que el paciente dé su consentimiento sin entender totalmente lo explicado, en cuyo caso el consentimiento no es válido.

La información puede darse en forma verbal o por escrito aunque es necesario comprender que el real consentimiento informado se establece por el diálogo entre el médico y el paciente.

La información escrita es muy común en algunos países aunque con frecuencia no cumple con el objetivo para el que fue creada. Los pacientes muchas veces no recuerdan después lo que leyeron; por otro lado, el paciente puede argumentar coerción para aceptar lo propuesto. Sin embargo, cuando los procedimientos a realizar son invasivos o cuando los riesgos son grandes por el procedimiento o la afección del paciente, es preferible que optemos por el documento escrito. El mismo debe estar impreso en letra clara, sin abreviaturas, enmiendas ni tachaduras. El consentimiento requiere de la competencia del paciente^{5, 12} tanto física como psicológica.

En el caso de menores de edad o incapacitados mentales, debe solicitarse el consentimiento informado a un sustituto moralmente válido, ya sean los padres, tutores o representantes legales.

Se actuará de la misma forma en caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente por factores internos que restringen su autonomía (padecimientos del sistema nervioso central, traumatismos, trastornos afectivos o psiquiátricos, afecciones metabólicas, etc). De no existir esa posibilidad, los médicos deben valorar el caso y con el acuerdo de al menos dos de ellos y constancia escrita en la historia clínica deben llevar a cabo el procedimiento que se decida.

Es imprescindible que el *consentimiento* sea voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias, libre de cualquier coerción^{11, 13, 14, 16}.

Una situación peculiar se presenta cuando el paciente pregunta al médico qué le aconseja, momento en el cual éste le puede brindar al paciente su experiencia personal, lo cual no es antiético ni coacción y ese consentimiento es válido.

Aspectos particulares en Anestesiología.

El anesthesiólogo trabaja con personas cuyas emociones pueden facilitar u obstaculizar la dinámica del trabajo y el resultado a alcanzar.

Al revisar la literatura^{16, 17} es curioso conocer, por ejemplo, que según el Departamento y Cátedra de Anestesiología del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” de Uruguay, un treinta por ciento de los enfermos sometidos a cirugía carecen de visita pre-anestésica, un treinta por ciento de los pacientes en la visita pre-anestésica manifiestan temor; dos terceras partes de ellos plantean no haber recibido información y el cincuenta por ciento desconoce que el anesthesiólogo es médico.

Dentro de los miedos referidos están el temor a la muerte, a no despertar, a estar consciente durante la cirugía, a sentir dolor, a quedar con secuelas y a complicaciones postoperatorias como náuseas, mareo, dolor de espalda y depresión

La visita pre-operatoria debe encaminarse a disminuir la ansiedad del paciente (un elemento que disminuye los miedos es saber que el anesthesiólogo es médico, porque aumenta el grado de confianza basado en la formación), a detectar afecciones médicas y características personales del paciente que influirán en la estrategia anestésica, estratificar el riesgo

- todo lo cual conducirá a la disminución de la morbimortalidad - y a obtener el consentimiento informado por parte del paciente, con todos los requisitos aquí revisados.

Ese es el momento para brindar al paciente y a su familia la oportunidad de hacer preguntas, recibir respuestas y cimentar una relación mutuamente satisfactoria, evitando así que el paciente vea al Anesthesiólogo como “el médico que está detrás de una mascarilla en el quirófano”.

No hay que olvidar que algunas decisiones en el marco de nuestra Especialidad requieren acciones inmediatas en que virtudes como la generosidad, justicia, humildad y templanza deben ser aplicadas, pero siempre impregnadas por la reflexión de los principios y valores éticos¹⁷.

En nuestro país la figura del consentimiento informado no se exige como requisito legal en la práctica común de la Medicina, sino que su orientación y aplicación consecuente se da predominantemente en la esfera de la investigación médica¹⁸⁻²⁰.

De igual forma, en nuestro Servicio carecíamos hasta ahora de un documento escrito de consentimiento informado para el procedimiento anestésico, adjunto a los formatos prequirúrgicos usuales.

Al finalizar esta revisión y al concluir que el consentimiento informado es un procedimiento imprescindible en la ejecución del proceder anestésico en todos los enfermos a nuestro cuidado, siempre basados en los principios de la bioética, hemos propuesto un modelo de consentimiento informado (Anexo) adaptado a las características de nuestro

medio, basado en el utilizado en el Servicio de Anestesiología de la Clínica Central “Cira García” y con la autorización del Dr. Victor Navarrete Zuazo. Este modelo fue avalado por el Comité de Ética del Centro y deseamos se convierta en una herramienta más en el camino de lograr nuestro propósito: el bienestar del Hombre, obra fundamental en el Arte de la Medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León A. Ética en Medicina. Ed. Científico Médica. Barcelona, 1993.
2. Jardinez-Méndez JB. “Cuba. El reto de la atención primaria y eficiencia de salud”, Educ Med Sup 1995; 9(1-2):3-13.
3. Rodríguez L. Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. Filosofía y Medicina. Ed. Ciencias Sociales. La Habana, 1987.
4. American Nurses Association. Ethics in Nursing: Position Statements and Guidelines. Kansas City, MO, American Nurses Association, 1988.
5. Islas-Saucillo M, Muñoz H. El consentimiento informado. Trabajo de revisión. Revista Médica del Hospital General de México. Oct-Dic.2000; 63 (4):267-273.
6. Barash PG. Cuestiones éticas preoperatorias. ASA Vol. 23 Capítulo11. Ed. F.A.A.A., 1995.
7. Martínez E. Formación de valores en el personal de la salud. Rev Cub Med Militar 2001; 30(3): 130-201.
8. Shapiro AG. The Anesthesiologist and Ethical Decisions. ASA Newsletter 1992; 56: 4-7.
9. Gracia D. “La Bioética Médica”, Bioética: Temas y perspectivas, Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica No. 527, Washington DC, 1990; 3-7.
10. Bacallao GR. Bioética, bases éticas en el contexto de ensayos clínicos. En: Acosta JR. Bioética desde una perspectiva cubana. 2da. ed. Centro Félix Varela, La Habana, 1998.
11. Lorda PS. Bioética para Clínicos. Capacidad de los pacientes para la toma de decisiones. Rev Española de Med Clin. Oct 2001; 117(11) :419-426.
12. López de la Peña X A. El consentimiento informado en la legislación en Salud en México. Gac Méd Méx 1996;132(5): 551-557
13. Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos

- prácticos. Rev Española Cir. Jun 2002; 71(6): 319-324.
14. Lara MC, De la Fuente JR. "Sobre el consentimiento informado", Bioética: Temas y perspectivas, Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica No. 527, Washington DC, 1990; 439-444.
 15. Lorda PS, Júdez Gutiérrez J. Bioética para médicos. Consentimiento informado, Med Clin 2001; 117 (3): 99-106.
 16. Agrati R, Ayala W, Berro G, Calegari L et al. Jornada sobre ética y anestesia. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Uruguay, 2001.
 17. Araujo M. Ciencia y Conciencia. Ética en Anestesiología. Rev Mex Anest 1995; 18: 125-128.
 18. Amaro JR, González Ma. E. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Rev Cub Med Militar 1998; 27 (1): 54-61.
 19. Orta D, Pascual A.: La investigación clínica en seres humanos en Cuba. En: Acosta JR. Bioética desde una perspectiva cubana. 2da. ed. Centro Félix Varela, La Habana, 1998
 20. Roca Goderich S. La Bioética, un modelo para la atención médica integral. En Temas de Medicina Interna de Cuba. Ed. Oriente: 32-39, 2002.

**HOSPITAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
“COMANDANTE MANUEL FAJARDO”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Nombre y apellidos:.....No. HC:.....
Carné de Identidad.....Sexo.....Raza.....Sala.....Cama.....
Diagnóstico.....
Técnica anestésica.....

¿EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA?

La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor. Para anestesiarle a Ud. 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. Cuando Ud. entre en el quirófano se le colocarán una serie de cables y aparatos en su cuerpo cuya finalidad es controlar sus funciones básicas. Existen numerosas operaciones donde es conveniente y necesaria la realización de anestesia general y anestesia loco-regional, ambas a la vez. (si éste fuera su caso se le informará de ello). El **médico anesthesiólogo** es el encargado de controlar todo el proceso de la anestesia de principio a fin y tratar las complicaciones no quirúrgicas que pudieran tener lugar.

RIESGO DE CUALQUIER ANESTESIA

La administración de los “sueros” y de los “medicamentos” que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves.

El riesgo no es el mismo para todos los pacientes. Así, el riesgo de la anestesia aumenta con la edad y depende además del estado psíquico y físico antes de la intervención. También depende mucho de las enfermedades del paciente, aumentando cuando se padece diabetes, hipertensión, enfermedades cardiacas, respiratorias, etc., sobre todo si se toman muchos medicamentos para controlarlas. Es también mayor a medida que la intervención es más complicada, más larga o se realiza sobre órganos más importantes. Finalmente hay riesgos debidos a procedimientos anestésicos poco usuales pero necesarios para controlar al paciente durante la intervención quirúrgica y/o estancia en la Unidad de Recuperación (cateterismo venoso profundo y/o canulación arterial).

Si tiene dudas sobre su riesgo personal, en la visita de anestesia se lo pueden explicar con detalle. También puede solicitar esta información en cualquier momento de su estancia en el hospital.

EN CASO DE ANESTESIA GENERAL:

Excepcionalmente la introducción del tubo hasta la tráquea puede entrañar cierta dificultad y a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente (las personas con dientes grandes, boca en malas condiciones o pequeña son más propensas a esta complicación). Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar trastornos respiratorios muy importantes. **Afortunadamente esa complicación**

es muy rara (los pacientes diabéticos, obesos, con hernia de hiato son entre otros los más propensos a esta complicación). Una forma de prevenir esta complicación es **GUARDAR AYUNO ABSOLUTO** al menos **6 HORAS ANTES** de la intervención quirúrgica programada y **TOMAR** aquella **MEDICACION** que con esta finalidad, haya prescrito el anestesiólogo antes de la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Declaro que he sido informado de manera comprensible de la utilidad, naturaleza y los riesgos de los procedimientos mencionados, así como de sus alternativas.

EN CASO DE ANESTESIA REGIONAL:

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 la anestesia general, que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de tensión arterial, convulsiones, etc.

Generalmente esas complicaciones se solucionan pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general. En caso de que la anestesia loco-regional no sea posible o no se consiga por razones técnicas, pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, **que desaparecerán en los días posteriores**. Es posible, después de este tipo de anestesia, que queden molestias en la zona, con la sensación de adormecimiento u hormigueo, **generalmente pasajeras**.

También he sido informado que para mantener un mejor control de mis funciones vitales, seré sometido a procedimientos de monitoreo según sea el caso, no invasivos o invasivos y que el personal está ampliamente capacitado para su uso; su empleo puede generar riesgos adicionales inherentes, sin embargo es necesario que se efectúe el monitoreo, aún el invasivo (PVC, línea arterial, catéter de flotación, etc) conforme a lo señalado en los actuales protocolos médicos vigentes, de igual forma reconozco la libertad prescriptiva que le asiste al anestesiólogo.

Que existe la posibilidad de que por causas propias de la dinámica en el quirófano y/o causas de fuerza mayor, la intervención programada se retrase o se difiera, por lo que queda sujeto a una nueva programación conforme al tiempo de que se disponga para tal fin.

La realización del procedimiento puede ser filmada o fotografiada con fines científicos o didácticos.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO:

Que se me realice tratamiento quirúrgico bajo **ANESTESIA** _____ **con las variantes que el Anestesiólogo considere oportunas.**

Dado en.....a los.....días del mes de.....del año.....

Firmado:

Médico:
familiar:

Paciente:

Representante legal o

NO FIRMAR ESTE MODELO HASTA QUE USTED LO LEA Y COMPRENDA SU CONTENIDO COMPLETAMENTE.