



# Aspectos médico legales de la consulta de anestesia

*Medical Legal Aspects of the Anaesthesiology Practice*

---

## Roberto Ruiz Abascal

Médico especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.  
Médico especialista en Medicina Legal y Forense

---

## Elena Albarrán Juan

Médico especialista en Medicina Legal y Forense. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina (UCM)

---

## Paloma Morillas Sendín

Médico Especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.  
Residente de 3º año de Medicina Legal y Forense

---

## Eva María Lumbreras Marín

Médico especialista en Cirugía Plástica y Reparadora. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

## Resumen

A pesar de que la formación en Anestesiología y Reanimación, por la vía M.I.R., en nuestro país, hoy en día, es una formación altamente cualificada de una calidad excepcional, es relativamente frecuente encontrar diferencias en la elaboración de los informes de anestesia por los distintos anestesiólogos de distintos centros sanitarios e incluso en el mismo centro.

Además el desconocimiento de todo lo relativo a las leyes y normas que regulan el derecho a la información de los pacientes, hacen que en el momento de suministrarla, ésta sea comunicada de forma desigual para un mismo procedimiento, por distintos anestesiólogos.

Presentamos los resultados del análisis de 100 informes de consulta de anestesia con los 100 consentimientos informados correspondientes, del Hospital Sanitas La Moraleja, con unos resultados llamativos, que muestran que el 85% de los informes están incompletos, y por tanto mal cumplimentados, y de los consentimientos informados 9 tiene algún defecto bien sea falta de rúbrica bien falta de riesgos personalizados.

**Fecha de recepción del artículo**

Agosto de 2009

**Fecha de aceptación del artículo**

Septiembre de 2009



## Palabras claves

Consulta de anestesia, consentimiento informado, estratificación del riesgo anestésico según la ASA.

## Summary

Although, training in Anaesthesiology and postoperative care is nowadays, in our country, highly qualified and of exceptional quality, it is common to find important differences among the preoperative reports done by different anaesthetists of different hospitals, or even among those working in the same hospital.

Even more, the lack of knowledge of all related with the laws and rules that regulate the patient's right to receive information, results in an uneven delivery of the information by different anaesthetists for one same surgical procedure.

We show here the results of analyzing a hundred preoperative anaesthetic reports done in the Sanitas la Moraleja hospital, with their corresponding 100 informed consents. We came upon surprising results as we found that 85% of them were incomplete and thus deficient. Regarding the informed consents 9 had defects regarding the absence of signature or of personalized risks.

## Key words

Anaesthetic consultation, informed consent, evaluation of anaesthetic risk according to the ASA

## Justificación

La realización del presente trabajo responde a las discrepancias que se pueden encontrar, analizando los informes de la consulta de pre anestesia, donde se valora la situación clínica de cada paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, así como las pruebas complementarias necesarias.

Además es donde se intenta optimizar la situación de cada paciente, para que llegue en condiciones óptimas al peri-operatorio; y es el momento en el que se le suministra toda la información acerca de los actos anestésicos y de los posibles riesgos que pueden o van a sufrir, de manera verbal y por escrito, según prevé la legislación actual, y se les reclama el entendimiento de dicha información y la autorización firmada de la misma (consentimiento informado).

A pesar de que la formación en Anestesiología y Reanimación, por la vía M.I.R., en nuestro país, hoy en día, es una formación altamente cualificada de una calidad excepcional, es relativamente frecuente encontrar diferencias en la elaboración de los informes de pre anestesia por los distintos anestesiólogos de distintos centros sanitarios e incluso en el mismo centro.

Además el desconocimiento de todo lo relativo a las leyes y normas que regulan el derecho a la información de los pacientes, hacen que en el momento de suministrarla, ésta sea comunicada de forma desigual para un mismo procedimiento, por distintos anestesiólogos.

De igual manera la cumplimentación del documento de consentimiento informado, presenta muchas diferencias, según sea un anestesiólogo u otro el que la realiza, pese a la objetividad del documento.



## Introducción

### 1.1. Definiciones y conceptos

**A.S.A.:** Acrónimo de la Sociedad Americana de Anestesiología, con el que se clasifica el riesgo clínico de un paciente para ser anestesiado e intervenido quirúrgicamente, se ha demostrado que, en general la clasificación del estado físico de el ASA, guarda relación con la morbi-mortalidad peri operatoria.

Existen 6 niveles:

- **ASA I:** Paciente sano normal, (con un porcentaje de mortalidad peri operatoria de 0.06-0.08%).
- **ASA II:** Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada, incluyendo la obesidad (0.27-0.4% de mortalidad).
- **ASA III:** Paciente con enfermedad sistémica grave, que limita la actividad (1.8-4.3% de mortalidad).
- **ASA IV:** Paciente con enfermedad incapacitante, que suponga una amenaza constante para su vida (7.8-23% de mortalidad).
- **ASA V:** Paciente moribundo, que probablemente no sobrevivirá 24hs (9.4 a 51% de mortalidad).
- **ASA VI:** Paciente con muerte encefálica para donación de órganos.
- Para intervenciones urgentes se añade la letra **E** al **ASA**, indica Emergencia (Mark R. E., 2202-2003)

**Mortalidad anestésica.** Fallecimiento que se presenta antes de la recuperación completa de los efectos del fármaco o fármacos administrados para facilitar un procedimiento, aliviar un dolor u otra condición, o que se presenta como un accidente cuando todavía el paciente se encuentra bajo los efectos de los fármacos. Esta mortalidad puede estar ligada a la anestesia o ser independiente de la misma (ligada al procedimiento quirúrgico, patología previa del paciente, causas desconocidas) (Symposium Internacional de el ASA, 1984).

**Morbilidad anestésica.** Consecuencia inesperada e indeseable de la administración de la anestesia. Esta morbilidad puede ser menor (alteraciones moderadas en el paciente sin que causen modificaciones permanentes ni alargamiento de su estancia en el centro sanitario), media (alteraciones importantes con posible alargamiento de su estancia) y mayor (alteraciones graves en el paciente con secuelas permanentes) (Symposium Internacional de la ASA 1984).

**Consentimiento informado.** Es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información sanitaria adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El paciente o usuario puede decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, después de haber recibido la información clínica precedente sobre la finalidad y naturaleza de la intervención, añadiéndose que dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento y con plena libertad (Mediuris, 2008).



**Anestesia general.** Ausencia de sensaciones y consciencia como la inducida por diversos agentes anestésicos, administrados principalmente mediante inhalación o inyección intravenosa. Existen cuatro niveles distintos de bloqueo nervioso conseguidos mediante la anestesia general: sensitivo, motor voluntario, motor reflejo y mental. Existen varios niveles de bloqueo mental, calma, sedación, hipnosis, narcosis y depresión completa, potencialmente letal y de todas las funciones reguladoras vitales del bulbo raquídeo (Diccionario Mosby, 2001).

**Anestesia regional.** Anestesia de una zona del cuerpo, mediante la inyección de un anestésico local para bloquear un grupo de fibras nerviosas sensitivas. Algunos tipos de anestesia regional son: la anestesia caudal, anestesia del plexo braquial, anestesia epidural, anestesia intradural o raquídea (Diccionario Mosby, 2001).

## 1.2. Aspectos generales de la consulta de anestesia

Hay patologías en el ser humano, cuya resolución, pasa única y exclusivamente por la intervención quirúrgica. Y en ésta participan, principalmente, dos especialidades médicas, cirugía y anestesiología. El cirujano, apoyado por la historia clínica, la exploración y unas pruebas complementarias adecuadas, realiza el diagnóstico e indica la intervención. A partir de ese momento, comienza la preparación del paciente.

En 1850, John Snow, uno de los pioneros en anestesiología, observó que, ciertos procesos intercurrentes (edad, alteraciones cardíacas o pulmonares, alcohol, etcétera) modificaban los efectos de la anestesia. Por este motivo, el recomendaba realizar un examen físico previo a la anestesia, para detectar anomalías y no atribuirlos a efectos adversos del medicamento. Después de los años 30, mejoran las técnicas anestésicas y, por consiguiente, las quirúrgicas, aumentando la edad y las indicaciones quirúrgicas de los pacientes. En los años 80, la valoración pre-anestésica en la cirugía programada, la realizaba el propio cirujano con los datos complementarios que creía oportunos y, siempre, con un informe del cardiólogo.

Este informe sería fundamental, en cuanto a la autorización o no de la intervención quirúrgica, por lo que recaía sobre él toda la responsabilidad. El anestesiólogo se limitaba a revisar los estudios efectuados en los momentos previos a la intervención.

Es, por tanto, a partir de estas fechas, cuando se inicia la valoración pre-anestésica por los Servicios de Anestesiología, con una implantación progresiva de la misma, tanto en hospitales de la red privada como de la red pública, con diferentes formas de valoración.

La consulta de pre anestesia forma parte de la evaluación y preparación pre-operatoria del paciente. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos permitirán elegir la técnica y los cuidados peri-operatorios más adecuados según el estado clínico del paciente y el procedimiento quirúrgico programado. En la actualidad no existe suficiente evidencia científica para desarrollar un modelo basado en la evidencia, por lo que algunas sociedades profesionales, se han limitado a establecer consejos prácticos basados en la opinión de expertos (ASA, 2002) (Fisher SP., 1996).

En nuestro medio, la evaluación pre-operatoria a través de una consulta de anestesia realizada un tiempo antes de la intervención quirúrgica programada es obligatoria, hasta el punto que en la actual lista de espera quirúrgica de muchas comunidades autónomas, ésta no empieza a contar hasta que los pacientes no han pasado por la consulta de anestesia. El lapso de tiempo



entre la consulta de anestesia y la cirugía debe tener en cuenta el estado clínico del paciente y la importancia de la intervención.

### **¿Porqué debe ser el anesestesiólogo el que realice la consulta de pre-anestesia?**

Porque es el que mejor puede realizar la valoración del estado de salud y de ansiedad del paciente, en relación con el proceso anestésico al que va a ser sometido. En muchos casos es el mismo anestesista de la consulta el que después anestesiara al paciente. Igualmente se establece una relación de empatía con un miembro del servicio que va a anestesiara a ese paciente. Y además porque hay mandamientos y ordenamientos jurídicos legales que así lo dicen.

El B.O.C.A.M. (Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Madrid) de 22/3/86, dice: *«Cualquier enfermo sometido a intervención quirúrgica programada, debe ser previamente revisado en consulta pre operatoria por el anestesista según protocolo establecido, el cual, queda incorporado a la historia clínica. Cualquier enfermo debe ser informado sobre tipo de técnicas.... etc.»* (BOCAM, 1986).

Sentencias del Tribunal Supremo (23/3/93 y 27/9/94) que dicen: *«El estudio y valoración del riesgo preoperatorio o preanestesia, por ser referente para el cirujano y el paciente para el mantenimiento, aceptación y ejecución de la indicación quirúrgica, deberá realizarse inexcusablemente, por un anesestesiólogo»* (Aranzadi. Fundamentos jurídicos argumentados. Sentencias del TS.,2009)

Los objetivos asistenciales de la consulta de anestesia son:

- Conocer el estado general del paciente y cualquier problema clínico de relevancia, revisar la medicación en uso y establecer las posibles pautas de profilaxis, bien antibiótica, bien antitrombótica, etc.
- Decidir en función del punto anterior si el paciente está en condiciones para la intervención prevista, e indicar un plan de manejo peri operatorio y alternativas.
- Informar al paciente y/o familiares sobre el proceso peri operatorio e indicar el riesgo anestésico y quirúrgico.
- Formalizar el consentimiento informado para la realización de la anestesia.
- Optimizar la eficiencia del bloque quirúrgico.

Los métodos de evaluación han sufrido cambios con respecto a los del pasado, por las variaciones en el manejo de las patologías, las duraciones de los ingresos, el aumento de patología quirúrgica en régimen ambulatorio, etc. Todo esto ha llevado a los Servicios de Anestesia de los distintos hospitales a desarrollar protocolos para la realización de pruebas pre-operatorias.

En general la evaluación debe basarse en:

1. Revisión de la historia clínica.
2. Anamnesis y exploración.
3. Revisión de pruebas complementarias y solicitud de



otras si es necesario.

#### 4. Prescripción de medicación peri operatoria y otras recomendaciones.

Como parte de esta evaluación el anestesiólogo puede decidir consultar con otros especialistas médicos. Toda la información debe quedar registrada en la historia clínica. Generalmente en la consulta de preanestesia se registra un formulario, lo habitual es que cada hospital estandarice su modelo. Muchos hospitales tiene un modelo informatizado en el que tan sólo hay que ir rellenando los campos dejados a tal efecto como antecedentes, medicaciones, intervenciones quirúrgicas previas, etcétera. Esto permite una recogida de datos estandarizada, la rápida generación de un informe de anestesia y la fácil explotación de los datos clínicos con fines científicos. En nuestro caso el modelo utilizado se puede ver en el Anexo 1 (Modelo de informe de la consulta de preanestesia, del Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid).

El paciente al que se le indica una intervención quirúrgica programada es evaluado por su cirujano y a través de la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia (ASA) y de guías clínicas específicas, se le asignan si es necesario, un perfil de pruebas preoperatorios determinado.

La Conferencia de Consenso para Evaluación Preoperatorio promovida por la ASA, aconseja que el proceso de evaluación pre-operatoria se realice siempre con anterioridad al día de la intervención quirúrgica, cuando el procedimiento quirúrgico sea altamente invasivo y/o en pacientes con enfermedades de alta gravedad. Sin embargo en procedimientos leve o moderadamente invasivos o en pacientes con enfermedades menos graves, la valoración preoperatorio puede ser pasada incluso en el mismo día de la intervención.

La ley en España exige la cumplimentación por escrito de un consentimiento informado en caso de procesos invasivos diagnósticos o terapéuticos, intervención quirúrgica o en procedimientos con riesgos o con efectos negativos (ley autonomía 41/2002), pero al ser una ley básica (LEY 41/2002), su desarrollo por las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), ha hecho que existan diferencias en el territorio nacional español.

El tiempo de validez de un examen preoperatorio es variable y dependiente del estado previo del paciente y de la extensión del procedimiento, aunque se considera de hasta 6 meses o un año, cuando no ha habido episodios patológicos intercurrentes (Fraile, JR. R., 2004) (Esquemas de Valoración Anestésica Preoperatorio, 2008).

#### **Ventajas de la Consulta de Preanestesia**

- Valoración global del paciente con un enfoque anestesiólogo
  
- Si la coordinación entre los distintos Servicios hospitalarios es buena, en una mañana, se puede realizar: Historia clínica, analítica, radiología, electrocardiograma y valoración excepto, si existe una patología intercurrente o severa que requiera el estudio completo y la información de un especialista
  
- Se evitan múltiples desplazamientos de los pacientes en días y lugares distintos y distantes. En menos de 24 horas puede estar emitido el informe o valoración pre anestésica.



— Con la consulta de preanestesia, ha mejorado la imagen del anestesiólogo ante el paciente y ante los especialistas quirúrgicos.

— Disminución real de costos por estar el estudio más centralizado.

Se puede decir, por tanto, que la consulta de preanestesia es el modelo más actualizado para la valoración pre anestésica del paciente. Los informes de otros especialistas cualificados como cardiólogos, internistas o geriatras, quedan un tanto limitados a su ámbito habitual de trabajo. Los anestesiólogos emiten un informe global de toda la patología existente y descubren otras patologías encubiertas que pueden influir en el acto anestésico. El enfermo es un todo: su estudio no debe ser exclusivo de un solo especialista, y su valoración pre anestésica debe ser un sumatorio de informes veraces pero no inconexos.

La valoración pre anestésica se debe realizar en la Consulta de Anestesia por el Servicio de Anestesia porque reduce la morbi-mortalidad; se realiza historia clínica con estudio y valoración del riesgo; se informa al paciente del plan anestésico, mejorando la relación médico-enfermo; se obtiene el consentimiento informado y se mejora, por todo lo anterior la calidad asistencial. Se siguen así además, las disposiciones legales para tal fin.

### 1.3. Antecedentes legislativos en materia de información sanitaria

En cuanto a la información que se debe dar a los pacientes y la obtención de su consentimiento para la realización de las diferentes técnicas anestésicas, ya viene recogido por la Ley 25 de abril de 1986 o Ley General de Sanidad (LGS, 1986), esta ley con mas de 20 años, supuso un paso adelante para los derechos de los pacientes en materia de respeto a su dignidad y voluntad de decidir, en relación con la información que se les debía dar sobre los procesos patológicos que padecieran, dicha información debía ser comprensible y se debía dar al paciente o a sus allegados; y que se tenía que proporcionar un consentimiento por escrito para que el paciente diera su visto bueno mediante su firma y rúbrica. Tan sólo en tres casos la obtención de este consentimiento estaría justificada no obtenerla.

De igual manera, que a su vez fue refrendado en el Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina (Convenio de Oviedo, 1997). En dicho Convenio, se manifestó que cualquier intervención en el ámbito de la salud de los individuos, sólo puede llevarse a cabo después de que el afectado haya dado su consentimiento, libre y voluntario. Con esta regla se pretendía dejar clara la autonomía del paciente con respecto a los profesionales sanitarios y restringir cualquier intento de enfoque paternalista.

El derecho a consentir intervenciones médicas, adquirió carta de derecho fundamental en Europa al ser incorporado a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Diario oficial de las comunidades europeas, 2000), en la que se afirma que, en el marco de la medicina y la biología, se respetará el consentimiento libre e informado de la persona.

Actualmente este punto viene recogido por el Código Deontológico del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Código Deontológico del ICOMEM, 1999), en el que se regula o se recomienda la existencia de una relación médico paciente basada única y exclusivamente en la confianza mutua, de igual manera se recoge la obligación de que el médico respete las decisiones de sus pacientes y les proporcione la información necesaria, y la necesidad de obtener el consentimiento de los mismos, sino de ellos al menos de sus fami-



liares o representantes legales.

Como se puede ver al paso previo del Estado Español, le han seguido recomendaciones de comités de expertos, bien a nivel nacional, como es la Convención de Oviedo, o a nivel internacional, en la Carta de la Unión Europea. También en los organismos locales, como es el caso del Colegio de Médicos de Madrid.

Posteriormente a estos primeros registros del derecho a la información, en la España constitucional, surgen otros nuevos intentos de legislar de una manera mas concisa y mas definida para el respeto de la voluntad de los pacientes leyes nuevas, bien de ámbito nacional, bien de ámbito autonómico. Incluso en normas jurídicas dirigidas al ordenamiento de las profesiones sanitarias, se hace referencia a estos temas del derecho y el respeto a la información y las decisiones de los pacientes.

Así en el año 2001 surge la LEY 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, 2001), en ella se recoge la relación que debe existir entre los pacientes y el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), volviendo a redundar en el derecho a recibir información, el paciente o sus familiares, a recabar una autorización para la realización de cualquier acto que afecte a la salud, y en caso de no poder obtenerla del paciente se haría de la familia. También se recoge el derecho de los pacientes de poder acceder a su historia clínica.

Un año mas tarde, 2002, surge la ley, de ámbito nacional, que supone el punto de inflexión en cuanto a los derechos y las libertades de los pacientes usuarios de los sistemas público y privado de salud. La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 (LEY 41/2002). En ella se recogen los mismos derechos y deberes de los pacientes en relación a la información y consentimiento clínicos, pero con matices mucho más avanzados de lo que había hasta entonces.

Esta ley, modifica la regla establecida por la Ley General de Sanidad respecto a la solemnidad en la plasmación del consentimiento informado, (artículos 3, 8, 9 y 10, de la Ley 41/2002) que exige su formalización por escrito, determinando a partir de ahora que, con carácter general, el consentimiento será verbal. Simultáneamente en el mundo de la anestesia, introduce tres excepciones a esta regla general, como son la intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en general la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. La ley matiza además que el consentimiento escrito del paciente, será necesario para cada una de las actuaciones referidas, por lo tanto no se puede realizar un documento de consentimiento común a la cirugía y a la anestesia. Además establece que el consentimiento informado escrito, debe recoger una información básica para diferentes aspectos, como son:

1. Consecuencias seguras de la intervención.
2. Riesgos personalizados.
3. Riesgos típicos de la intervención.
4. Contraindicaciones.

Y establece referentes legales para los casos en los que un paciente no puede dar su consentimiento, como es el caso de pacientes incapaces, menores



de 16 años emancipados, menores de edad sin capacidad de entender la información, etcétera.

Por último en el año 2003, y en un intento de clasificar las profesiones sanitarias y todo lo referente a su formación y forma y ámbito de ejercicio, surge la LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (L.O.P.S.) (LOPS, 2003), en la que además de intentar clarificar todo lo referente a la organización, formación y desarrollo de las distintas profesiones sanitarias en nuestro país, se hace mención al derecho de los pacientes a obtener información clínica acerca de sus padecimientos y de lo que ellos de derive, en alusión a la Ley de Autonomía del Paciente.

Esta ha sido la evolución de las normas jurídicas a lo largo de los últimos 23 años en nuestro país. Siempre intentando llegar más allá en cuanto a los derechos de los pacientes, aunque siempre quedándose por detrás de la vanguardia del ejercicio de la medicina moderna, y en concreto de la anestesia del siglo XXI.

Intentando obtener un resumen práctico para el ejercicio diario en la consulta de anestesia, y teniendo en cuenta todos los avances en materia de leyes o normas que regulen o legislen el derecho de los pacientes, que hemos visto anteriormente, la información se debe dar en la consulta de anestesia, debemos asegurarnos que el paciente ha entendido la información verbal, de igual manera que si ha leído el documento de información lo ha comprendido, debemos resolver en ese momento las dudas que se le puedan plantear a él o a sus familiares. Y también se recabará el documento firmado por el paciente o sus familiares en caso de que él no pueda hacerlo.

#### 1.4. Datos propios del Hospital Sanitas La Moraleja

En el presente estudio se han utilizado los datos del Hospital Sanitas La Moraleja, respetando en todo momento la legislación vigente en lo relativo a protección de datos (Ley de Protección de Datos, 1999) este es un centro de la red privada de hospitales madrileños, cubre un área sanitaria de la compañía Sanitas en Madrid y alrededores, con un número estimado de pólizas de 1 millón y medio.

El hospital se mueve en una media de 1.200 actos anestésicos al mes, lo que hace un total de 14.400 anuales, cuya distribución sería un 20% de analgesia epidural para trabajo de parto, otro 20% de sedaciones para pruebas invasivas como endoscopias digestivas y cateterismos cardiacos y vasculares, y el 60% restante para la cirugía de la cual aproximadamente un 75% se realiza en régimen ambulatorio, y el otro 25% con ingreso al tratarse de procedimientos quirúrgico anestésicos de alta complejidad, realizados en pacientes clínicamente comprometidos en la mayoría de los casos (gráficos 1 y 2).

Grafico 1

#### Distribución de los actos anestésicos en el hospital

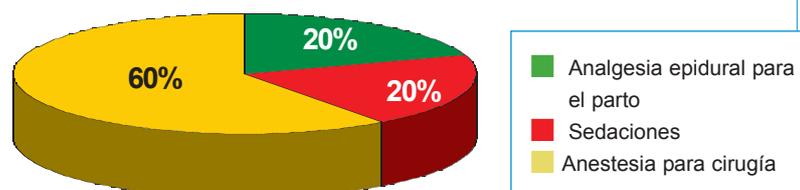
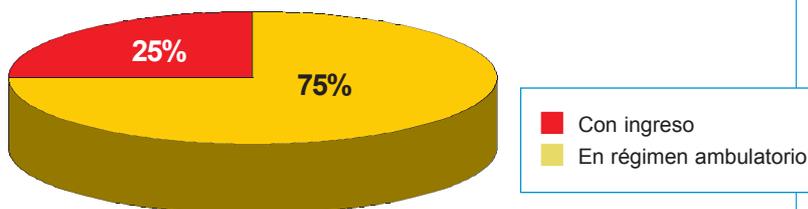


Grafico 2

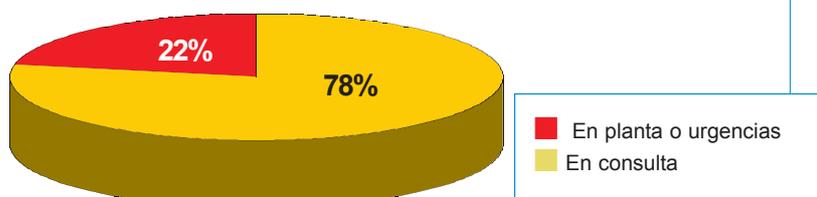
### Porcentaje de cirugía con ingreso y en régimen ambulatorio



Los pacientes pasan en su mayoría por la consulta de anestesia, el 78.3%, el resto son vistos por los anestesiólogos del centro como interconsultas, habitualmente ingresados por la patología que les va a llevar a quirófano, u otras veces son pacientes ingresados por patologías intercurrentes ([gráfico 3](#)).

Grafico 3

### Lugar donde se realiza la consulta de preanestesia



Todos los datos están obtenidos de la memoria del centro para el año 2008 (Memoria, 2008).

## 2. Objetivos

Los objetivos que se buscan con el presente trabajo son:

1. Comprobar la completa y homogénea cumplimentación de los informes de pre anestesia, en un centro hospitalario y un Servicio de Anestesia y Reanimación, cuyos datos son recogidos en una plantilla informática predeterminada ([anexo 6](#)).
2. Contrastar una correcta cumplimentación del documento de consentimiento informado de la anestesia ([anexo 7](#)).
3. Verificar la unanimidad en la estratificación del riesgo anestésico ASA, por los distintos anestesiólogos que realicen la consulta de preanestesia.
4. Verificar la correcta identificación con firma y rúbrica de cada anestesiólogo en cada documento de consentimiento informado.
5. Determinar, en función de los resultados la necesidad de introducción de medidas correctoras estructurales o funcionales.



### 3. Material y método

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo.

La muestra recogida ha sido de pacientes que iban a ser sometidos a cirugías del área de otorrinolaringología, ginecología y obstetricia, cirugía general y digestiva, urología, cirugía pediátrica, cirugía máxilofacial, traumatología y ortopedia, cirugía vascular, oftalmología, cirugía plástica y reparadora, neurocirugía, analgesia para trabajo de parto y sedaciones para procedimientos endoscópicos digestivos.

Se ha comprobado la completa cumplimentación de la plantilla de consulta de preanestesia (anexo 6), y la correcta y homogénea cumplimentación de los documentos de consentimiento informado (Anexo 7).

La plantilla del informe de preanestesia consta de varios ítems:

- Datos de filiación del paciente.
- Especialidad quirúrgica que remite al paciente.
- Fecha.
- Intervención prevista.
- Anamnesis: Hábitos, alergias, antecedentes quirúrgicos, complicaciones anestésicas, antecedentes anestésicos familiares, antecedentes médicos, medicación actual.
- Exploración física: Edad, peso, talla, frecuencia cardiaca, tensión arterial, aspecto general, estado mental, dentadura, Índice de Mallampati, movilidad cervical, respiratorio, cardiocirculatorio, otros.
- Pruebas complementarias.- Analítica, electrocardiograma, radiografía de tórax, otras.
- Valoración A.S.A.
- Juicio clínico.
- Firma y rúbrica.

Todos ellos deben rellenarse, y si se precisa otra prueba, otra exploración o una interconsulta con otra especialidad médica, va anexa al informe de pre anestesia.

En cuanto al consentimiento informado, este consta de varios apartados o ítems:

- Datos de filiación del paciente.
- Generalidades.
- Riesgos más importantes durante la anestesia (información escrita).
- Riesgos personalizados, a rellenar por el anesthesiólogo.



- Riesgos más importantes en la anestesia epidural, intradural y en los bloqueos nerviosos (información escrita).
- Riesgos más importantes en la transfusión de sangre y hemoderivados (información escrita).
- Consentimiento, con fecha, identificación del médico con nombre y número de colegiado y espacio para la rúbrica del médico y del paciente.
- Revocación, con espacio para la rúbrica de médico y paciente.

Debe rellenarse el apartado de riesgos personalizados, si existen, y debe ir identificado el médico, con la rúbrica de él y del paciente.

Los datos han sido recogidos por 10 anestesiólogos distintos, a lo largo de 10 consultas distintas en diez días, una semana en junio, en el pico de mayor afluencia a la consulta de anestesia, en el caso de el Hospital Sanitas La Moraleja del veintidós al veintiséis de junio de 2009, prolongando un día más de la semana siguiente, el veintinueve de Junio. Y los días sueltos del mes de Julio, en los que la afluencia de público volvió a ser mayor, estos fueron, quince, dieciséis, veinte y veintisiete de julio de 2009, datos obtenidos de los registros informáticos de actividad del centro.

Los datos se han exportado a una tabla excel, donde se ha ido viendo y clasificando los informes de la consulta de anestesia con una correcta cumplimentación, y en una homogénea clasificación del riesgo anestésico ASA. Los documentos de consentimiento informado se han clasificado en bien cumplimentados y con correcta identificación del médico anestesista, y los mal cumplimentados o con una incorrecta identificación.

Para la recogida de datos válidos se han tenido en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión que se citan a continuación.

## Criterios de inclusión

1. Ser Médico especialista en Anestesia y Reanimación.
2. Haber obtenido el título de especialista por el sistema de formación público M.I.R. (médico interno residente).
3. Tener al menos tres años de ejercicio profesional tras la formación M.I.R.
4. Ser médico anestesista de la plantilla del Hospital Sanitas La Moraleja.
5. Haber pasado consulta en los días de mayor afluencia de público durante los meses de Junio y Julio del año 2009, que se han utilizado para la recogida de datos
6. Que los informes y consentimientos analizados, pertenecieran a pacientes que fueran a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Sanitas La Moraleja.
7. Ser pacientes que fueran a ser sometidos a intervenciones de las especialidades médico quirúrgicas



antes descritas.

### Criterios de exclusión

1. Consulta de anestesia no pasada por médicos especialistas en Anestesia y Reanimación, como por ejemplo cardiólogos, neumólogos o médicos internistas.
2. Anestesiastas no formados en el sistema M.I.R.
3. Tener menos de tres años de ejercicio profesional tras la formación M.I.R.
4. No pertenecer a la plantilla del servicio de Anestesia del hospital Sanitas La Moraleja.
5. Que la consulta de anestesia no haya tenido lugar en los días de máximo aflujo de pacientes, que son los descritos previamente.
6. Pacientes que aún pasando la consulta en el Hospital Sanitas La Moraleja, fueran a ser intervenidos en otro centro sanitario.
7. Ser pacientes que fueran a ser sometidos a intervenciones llevadas a cabo por especialidades distintas a las descritas, como por ejemplo cirugía cardiaca.

Los anesthesiólogos que han sido seleccionados, pertenecen al servicio de anestesiología y reanimación del Hospital Sanitas la Moraleja.

El Servicio de anestesia y reanimación, está compuesto por 28 anestesiastas todos ellos formados en el sistema M.I.R., incluyendo el Jefe de Servicio. Todos son personal altamente cualificado formados en cuatro grandes hospitales de la red pública madrileña (Hospital Universitario Doce de Octubre, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario Ramón y Cajal), con al menos 3 años de ejercicio post-residencia, con acreditación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo del título de especialistas, exigido por la Dirección del centro.

La consulta de anestesia se pasa en el centro en turno de mañana 5 días a la semana y en turno de tarde tres días a la semana. Para la selección de los días de consulta, se ha analizado los días con más pacientes citados de los meses de junio y julio. La media de pacientes que pasan por la consulta de anestesia en una semana es de 240 pacientes.

El **método utilizado** ha sido el análisis de las hojas Excel, cuyos ítems son:

- 1. Informes bien cumplimentados.
- 2. Informes mal cumplimentados.

De los informes de pre anestesia mal cumplimentados, se ha analizado el defecto, viendo si la falta estaba en la anamnesis, los datos antropométricos y constantes, exploración física, pruebas complementarias o en la clasificación ASA.

Y en cuanto al consentimiento informado, si estaban o no firmados y rubrica-

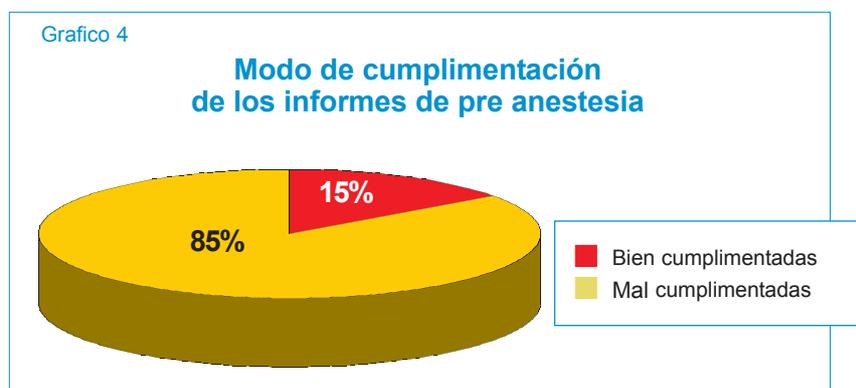
dos, así como, si existían riesgos personalizados, estos estaban recogidos.

Dejando para un trabajo posterior, más extenso, como es el desarrollo de la tesis doctoral, un análisis pormenorizado de cada ítem del informe de pre anestesia, comparando en una muestra poblacional mayor, todos ellos en los distintos informes rellenos por los distintos anestesistas. De igual manera se deja para el desarrollo de la tesis doctoral, el análisis exhaustivo del documento de consentimiento informado.

Todo esto teniendo en cuenta que mal hecho responde a la falta de cumplimentación de alguno de los puntos a rellenar en el informe, valorando los resultados en porcentaje de los que están bien o mal.

#### 4. Resultados

De los cien informes de preanestesia analizados, en 85 se han encontrado defectos en la cumplimentación, o una mala clasificación del riesgo anestésico según la ASA. Estando solamente bien el 15%, es decir, sólo un 15% (15 de 100 informes) están completamente cumplimentados, con todos los ítems de la plantilla rellenos y con una correcta clasificación del riesgo anestésico según el asa (gráfico 4).



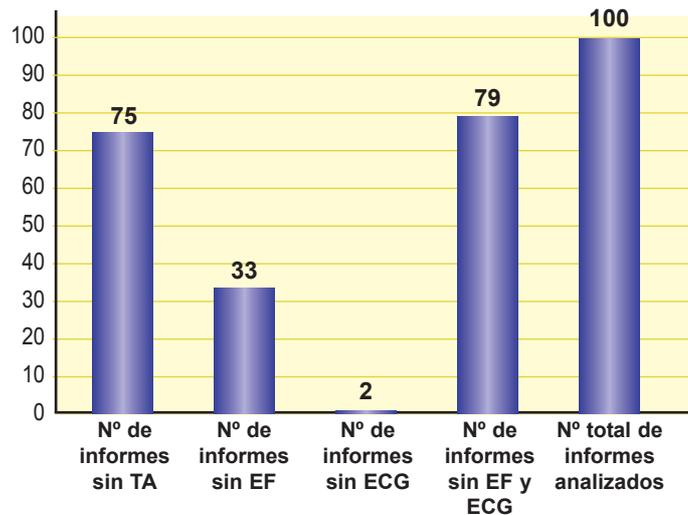
En lo referente a la cumplimentación de la plantilla estandarizada de la consulta de pre anestesia del Hospital Sanitas La Moraleja, 79 informes, presentan un defecto, bien sea porque no se ha cumplimentado el ítem de anamnesis (antecedentes personales, quirúrgicos, anestésicos, etcétera), bien porque no se ha realizado una completa exploración clínica o existe ausencia de una prueba complementaria necesaria (como el electrocardiograma).

De los 79 informes mal rellenos, sin tener en cuenta que 19 de ellos además tienen mal realizada la clasificación ASA, en 75 (75%) existe un defecto en la toma de la tensión arterial, en 33, no se realizó exploración física del paciente. Coincidiendo en 31 informes, la ausencia de toma de tensión arterial y de exploración física. Quedando sólo 2 con una falta de exploración pero con tensión arterial. Además en 2, de los 79 que no tiene tensión arterial, no se realizó una prueba complementaria necesaria para el tipo de cirugía a la que iba a ser sometido el paciente, como es el electrocardiograma (gráfico 5).



Grafico 5

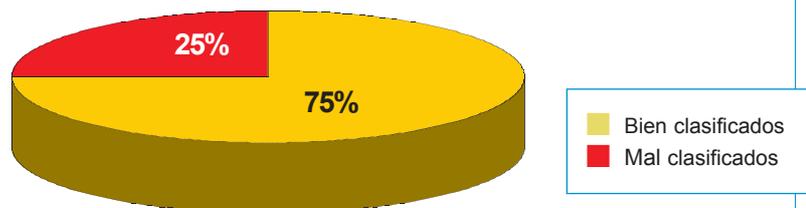
### Defectos en el informe de pre anestesia



En cuanto a la estratificación del riesgo anestésico o clasificación ASA, en 75 informes la clasificación ASA ha sido correcta, (un 75%), en los otros 25, (25%) estaba mal realizada. Esto quiere decir que para un mismo procedimiento ciertos anestesistas han clasificado mal el riesgo anestésico con respecto a los criterios de la ASA. En 2 (2%) de los informes de anestesia, se ha aumentado el riesgo, clasificando como ASA III a pacientes ASA II y como ASA II a pacientes ASA I. En los 23 restantes informes (el 23%), la clasificación de la ASA ha sido disminuida, de manera que 23 ASA II han sido clasificados como ASA I (gráfico 6).

Grafico 6

### Estratificación del riesgo anestésico según la ASA

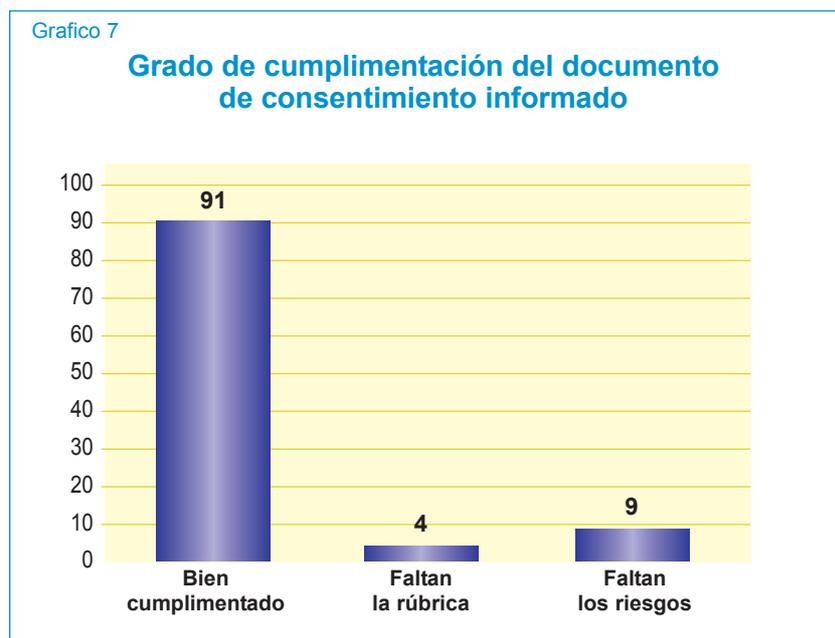


Del 85% de los informes que se han considerado mal realizados, 79 (79%) presentan una falta de cumplimentación de algún ítem de la plantilla. Y tan sólo 6 están mal por una mala clasificación ASA. De los 79 mal cumplimentados, 19 además, presentan un defecto en la clasificación ASA.

En cuanto a los documentos de consentimiento informado, al ser una plantilla estandarizada, la firma o identificación del médico anestesista, sale por defecto al abrir el anestesiólogo la sesión informática de la consulta con su identificación. Esto hace que los defectos de identificación, se limiten a la posible falta de rúbrica.

De los cien consentimientos informados analizados, en 4 (un 4%) no se ha plasmado la rúbrica. Y de 8 consentimientos informados (un 8%), de pacien-

tes ASA III, susceptibles de tener mas riesgos anestésicos que los recogidos en el documento de consentimiento informado estandarizado, en tan sólo en 3 (un 3%) se han recogido por escrito los riesgos personalizados, y en 5 (un 5%) no. Es decir, hay 4 documentos de consentimiento informado sin rubricar, y 5 en los que se debería haber recogido la existencia de riesgos añadidos por los antecedentes del paciente, y no se ha hecho (gráfico 7).



## 5. Discusión

Los resultados que hemos encontrado son llamativos.

La consulta de pre anestesia que, desde hace aproximadamente veinte años, está en manos de los anestesiistas y no de otros profesionales como cardiólogos, internistas, etcétera destaca en cuanto a la optimización (estado físico, emocional, terapéutico...) del paciente quirúrgico. Es también en ese momento cuando la información acerca de la actitud anestésica y de los riesgos de la anestesia se le comunican al paciente de la manera más completa y de la forma más veraz y donde se le suministra y recoge al tiempo el documento de consentimiento informado.

Sin embargo a pesar de la buena formación vía MIR y de lo homogénea que resulta en todo el territorio nacional, se siguen produciendo defectos en la cumplimentación de los documentos o informes de la consulta y en la estratificación del riesgo anestésico según la ASA, de igual modo la información que tienen los anestesiistas en cuanto al consentimiento informado es poca y desigual, lo que hace que también se cometan defectos en la cumplimentación del mismo.

En concreto en el trabajo se ha tenido en cuenta el análisis de la plantilla estandarizada predeterminada que existe en el centro donde se ha recogido la muestra. La ventaja de la existencia de la plantilla radica en la facilidad de su cumplimentación al constar de varios ítems que simplemente han de ser rellenados por el profesional, no obstante hemos observado que en el 85% destaca la mala cumplimentación.



Dentro de este 85%, encontramos un 33% en los que no se ha realizado una exploración física al paciente, con las consecuencias que esto puede acarrear, ya que hay pacientes con antecedentes médicos determinados, en los que quizá la exploración física pondría de manifiesto una situación clínica peri operatoria que sería susceptible de una planificación anestésica determinada, asumiendo y previniendo unos riesgos, y al no haber realizado la misma no se inicia el proceso de control peri operatorio óptimo, esto puede tener consecuencias médico legales para el anestesista que realizó la consulta o para el que realiza la anestesia quirúrgica.

En el 75% de los casos no se ha tomado la tensión arterial, incluso en pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA).

De igual manera a la falta de exploración física, la falta de toma de la tensión arterial en pacientes hipertensos puede hacer que no conozcamos su tensión arterial basal y esto nos lleve a errores durante la anestesia quirúrgica o a la infra- o sobre utilización de fármacos que pueden añadir complicaciones no previstas al acto quirúrgico.

Por último, hay un 2% en los que no se ha realizado una prueba necesaria para llevar a cabo una anestesia quirúrgica, como es la falta de electrocardiograma.

En lo referente a la estratificación del riesgo anestésico según la ASA, que va a guiar la actuación médica peri operatoria del anestesista, el que este mal realizada en un 25% de los casos puede dar lugar a una planificación errónea de la actitud del anestesista. Esto puede no dar lugar a consecuencias o por el contrario si, siendo entonces éstas imprevistas y obligando al anestesista a actuar de forma no programada.

Como se ha visto en los resultados 2 pacientes han sido clasificados con un ASA superior al real y esto puede hacer que se tome una actitud mas agresiva de la debida en el momento peri operatorio. Y en 23 casos se ha disminuido un grado el riesgo ASA, lo que puede hacer que el anestesista no tome todas las medidas de control o precaución.

Teniendo en cuenta estos resultados e intentando buscar en la literatura trabajos relacionados con la correcta o no correcta cumplimentación del informe de la consulta de pre anestesia y la estratificación del riesgo según la ASA, no hemos encontrado ninguno que analice estos mismos puntos. Tan sólo se encuentran referencias a la necesidad de que la consulta de anestesia sea obligada y sea pasada por médicos anestesistas. Así en 1988 Knight CG y Donnelly MK, dicen que «...la consulta de anestesia es necesaria para anticiparse y prevenir complicaciones peri operatorias...» (Knight CG y Donnelly MK., 1988).

Indudablemente desde que la consulta de anestesia la realizan los anestesistas, la calidad de la preparación del paciente y del plan anestésico ha mejorado mucho, repercutiendo esto en la mejora de la anestesia quirúrgica y en los resultados y la evolución de las especialidades quirúrgicas. Esto ha hecho que la imagen del anestesista y la anestesiología hayan cambiado en los últimos veinte años en la sociedad.

Así, García-Sánchez y cols. ya en 1996, después de pasar consulta de anestesia a 2 grupos de 100 pacientes a los que se les suministraba información sobre la anestesia y sus riesgos, llegaron a la conclusión de que a los pacientes que se les había realizado la consulta médica aportando información acerca del proceso de la anestesia y sus riesgos, mejoraba la percepción del anestesista y de la anestesiología por parte de los pacientes (García-



Sánchez y cols., 1996).

También hay trabajos en los que se comprueba que la implicación del anestesista en la consulta de anestesia mejora la eficacia y la eficiencia del circuito de cirugía en los centros sanitarios, mejorando los tiempos quirúrgicos (Dexter F., 1999).

También encontramos referencias a que la optimización y preparación de los pacientes en la consulta de anestesia disminuye las cancelaciones y la incidencia de retrasos en las cirugías (Holt NF., y cols., 2007)

Así, no encontrándose referencias a la falta de cumplimentación de exploraciones físicas o complementarias, o a malas clasificaciones del riesgo anestésico según la ASA, si que las encontramos en lo referente a la necesidad de llevar a cabo la consulta de anestesia, que ésta sea pasada por un anestesista, y que en ella se deba realizar una exploración física así como las pruebas complementarias protocolizadas por cada Sociedad de Anestesia, y suministrar la información necesaria a todo lo referente a la anestesia y sus riesgos (Harms C. y cols., 2009).

No hemos encontrado por tanto ningún referente en la literatura para poder comparar nuestros resultados en lo que se refiere al análisis de la cumplimentación del informe de pre anestesia y de la estratificación del riesgo anestésico según la ASA.

En lo referente al consentimiento informado, de los 100 analizados en el presente trabajo, tan sólo se han encontrado defectos en 9. De estos, 4 no están rubricados y 5 no recogen riesgos personalizados, a pesar de que los pacientes si presentaban patologías que podían hacer que existieran riesgos personalizados además de los recogidos en el consentimiento.

La plantilla de consentimiento informado estándar del Hospital Sanitas La Moraleja, informa de forma muy escueta de los riesgos más importantes de la anestesia general, sin recoger por ejemplo lo referente a la anestesia general en los niños.

De igual manera los riesgos de la anestesia regional, son mínimos y no recoge otros muchos que pueden suceder, por tanto es un consentimiento, a nuestro juicio, incompleto. Tampoco deja un lugar para añadir los riesgos personalizados ni para realizar comentarios por parte del paciente, siendo el espacio destinado a la revocación mínimo.

En este sentido el Servicio de Documentación Clínica, junto con el Servicio de Informática del hospital, están trabajando en un nuevo modelo de consentimiento informado que se pretende empiece a implantarse antes de finalizar el actual año 2009, conjuntamente con el Servicio de Anestesiología. La intención es solventar las actuales deficiencias del modelo en vigor en el momento actual.

No obstante, y a pesar de esto, en cuanto a la identificación del facultativo, ésta siempre aparece, al tener que abrir el sistema informático con una clave personalizada para cada anestesista. Es por este motivo que el defecto en relación a este punto sólo puede estar en la rúbrica o en la firma, pero no en la identificación.

De igual manera, es entendible pero no justificable la falta de recogida de riesgos personalizados, por el escaso espacio destinado a tal efecto en la plantilla.



Las referencias encontradas en la bibliografía con respecto a la mala cumplimentación del consentimiento informado en la consulta de pre anestesia son escasas.

Merece mención el trabajo llevado a cabo por Zubek L y cols. donde analizan 36 clínicas en Budapest, viendo si existe consentimiento informado, en forma de plantilla estandarizada o no y si están firmados o no (Zubek L y col., 2007).

Entre sus resultados, el 61% presentan una plantilla de consentimiento estandarizada, en 2 plantillas no es posible firmar ni rubricar por falta de espacio destinado a este fin. Sólo el 25% de los mismos, hace referencia a las ventajas y desventajas de los distintos actos anestésicos. Un 28% definen los riesgos, pero sólo un 19% recoge la probabilidad de que los mismos sucedan. Sólo en 2 de los 36 hospitales los pacientes eran informados de sus derechos de revocar el informe.

Comparando estos resultados por los obtenidos por nosotros, vemos que la falta de definición de riesgos personalizados, es un error común en la elaboración del documento de consentimiento informado, no así la existencia de un espacio físico en el documento para la revocación de la anestesia, que es algo que esta generalizado.

En tres de las últimas publicaciones referentes al consentimiento informado en anestesia, se califica como mala práctica la falta de consentimiento informado (Mavroforou A. y col., 2007) se recoge la obligación de informar (Wasem S. y col., 2009) y se hace alusión a la mejora de la relación médico paciente al proporcionar información (Waisel Db. Y col., 2009).

En resumen, podemos decir que existe una necesidad de realizar una consulta de preanestesia antes de un procedimiento quirúrgico, que ésta consulta la debe pasar un anesthesiologo, se debe realizar de la forma mas completa posible con anamnesis y exploración física y complementaria, y por supuesto si existe una plantilla predeterminada, se debe rellenar por completo. De igual manera, debe existir una correcta clasificación del riesgo anestésico según la ASA.

En cuanto al consentimiento informado, la información se debe proporcionar en la consulta, de forma veraz y comprensible por el paciente. Si existe una plantilla predeterminada, se debe identificar el médico que informa y se debe rubricar.

Existe aún una diferencia en el desarrollo de plantillas para informes de preanestesia y para los consentimientos informados. Si bien no se puede entrar a valorar si una u otra plantilla es mejor o peor, si se debe exigir un mínimo estándar de datos a recoger o datos que informar en ambos tipos de documentos, exigiendo su cumplimentación, de lo contrario se incurre en una mala práctica que puede tener consecuencias médico legales para los anestesistas, esto sin hablar de las posibles implicaciones en la salud del enfermo sobre el que se va a llevar a cabo una anestesia para una cirugía.

Para evitar estas diferencias entre distintos centros, e incluso entre distintos anestesistas del mismo centro, pensamos que se debería incluir en el programa de Anestesiología y Reanimación, formación específica en medicina legal, esto sin hablar de la posible organización de cursos de formación a nivel hospitalario para los especialistas.



## 6. Conclusiones

1. En la cumplimentación de los informes de preanestesia, en la muestra analizada, se observa la existencia de defectos en el 85% de los casos.
2. El documento de consentimiento informado en la muestra analizada es defectuoso en un 9% de los casos, siendo el error la falta de rúbrica o la falta de cumplimentación en el dato de existencia de riesgos personalizados.
3. No se cumple el criterio de homogeneidad a la hora de registrar el riesgo anestésico según la ASA, en un 25%.
4. Se considera necesario, dada la repercusión en el paciente de posibles fallos en el cumplimiento del informe de pre anestesia y del Consentimiento Informado, la introducción de medidas que mejoren los resultados obtenidos, como la formación en Medicina Legal de los profesionales, cursos de reciclaje o auditorías específicas en la materia.

### Anexo 6

#### Informe de preanestesia

##### HOSPITAL DE LA MORALEJA

Tlf. 902 200 288  
www.sanitas.es

#### EXAMEN PREANESTÉSICO

Paciente remitido por:  
Fecha:  
Intervención prevista:

#### ANAMNESIS

Hábitos:  
Alergias:

Antecedentes quirúrgicos:  
Complicaciones anestésicas:  
Antecedentes anestésicos familiares:  
Antecedentes médicos:  
Medicación habitual:

#### EXPLORACIÓN FÍSICA

Edad:    Peso:    Talla:    FC:    TA:  
Aspecto general:  
Estado mental:  
Dentadura:  
Índice de Mallampati:  
Movilidad Cervical:  
  
Respiratorio:  
Cardiocirculatorio:  
Otros:



## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica:  
ECG:  
Radiografía de tórax:  
Otras:

**VALORACION ASA:**

**JUICIO CLINICO:**

Un cordial saludo,  
Fdo:

## Anexo 7

### Documento de consentimiento informado

#### HOSPITAL DE LA MORALEJA

Tlf. 902 200 288  
www.sanitas.es

#### CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO INFORMADO

Para la realización de distintas exploraciones o intervenciones quirúrgicas como la que va a ser sometido/a es necesaria la administración de anestesia general, regional o sedación. Durante dicha actuación va a estar controlado/a por un médico especialista que valorará a través de diferentes sistemas de monitorización sus requerimientos anestésicos y la respuesta de su organismo a los fármacos administrados y a la intervención quirúrgica. Cualquier técnica anestésica conlleva riesgos. La probabilidad de una complicación anestésica es del 1% y la mortalidad de causa exclusivamente anestésica es del 1 por 10.000.

#### RIESGOS MÁS IMPORTANTES DURANTE LA ANESTESIA

1. Reacciones alérgicas o anafilácticas a la sangre o derivados, así como a cualquiera de los líquidos intravenosos o fármacos administrados, aun si que existan antecedentes alérgicos conocidos. Siguiendo las instrucciones de las Sociedades de Anestesiología-Reanimación y de Alergología e Inmunología, consideramos que no deben practicarse estudios alérgicos en pacientes sin antecedentes alérgicos previos.
2. Reacciones secundarias no previstas por cualquiera de los fármacos administrados, con posible repercusión cardiaca, pulmonar, hepática, renal y del sistema nervioso. Aunque son más probables en pacientes con afectación previa de dichos órganos, no se excluyen en personas sanas.
3. Reacción hipertérmica aguda y severa de causa no infecciosa (hipertermia maligna) que conlleva alta mortalidad.
4. Dificultades respiratorias moderadas o severas. Su riesgo es mayor en enfermos con afectación pulmonar, obesidad, anomalías de cara y



- cuello, con enfermedades musculares y con neumotórax previo.
5. Neumotórax secundario a punción venosa, bloqueos nerviosos o respiración artificial.
  6. Rotura o movilización de piezas dentarias.
  7. Afectación de las cuerdas vocales y lesiones oculares.
  8. Lesión nerviosa postural y dolores musculares postoperatorios.
  9. Náuseas, vómitos y dificultad para orinar en el postoperatorio.
  10. Flebitis, tromboflebitis. Quemaduras eléctricas y electrocución por la utilización intraoperatoria de instrumentación eléctrica.
  11. Parada cardíaca imprevista, con resultados de muerte, coma o daño cerebral irreversible. Este riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada y en cirugía de urgencia.
  12. Depresión, pesadillas o neurosis postanestésica.

#### **RIESGOS PERSONALIZADOS:**

#### **RIESGOS MÁS IMPORTANTES EN LA ANESTESIA EPIDURAL, INTRADURAL Y EN LOS BLOQUES NERVIOSOS**

1. Reacciones alérgicas o anafilácticas a los anestésicos locales utilizados, aun sin que existan antecedentes alérgicos conocidos.
2. Hematoma, hemorragia o infección en la zona de punción.
3. Meningitis en las punciones intradurales.
4. Lesión del nervio o nervios anestesiados, que puede ser temporal o permanente.
5. Dolor de cabeza y trastornos de la visión.
6. Dolor de espalda y dificultades para orinar.

#### **RIESGOS MÁS IMPORTANTES EN LA TRANSFUSION DE SANGRE Y DERIVADOS**

- Reacciones transfusionales leves, relativamente frecuentes y fácilmente tratables (fiebre, escalofríos, etc.)
- Reacciones transfusionales graves, infrecuentes pero que suponen un gran riesgo para el paciente (hemólisis -destrucción de glóbulos rojos-, edema de pulmón, anafilaxia reacción alérgica grave-, etc.)
- Riesgo Transmisión de enfermedades Infecciosas.

#### **CONSENTIMIENTO**

Reconozco que he leído y entendido esta información y que he podido recabar cualquier aclaración pertinente del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Por el presente documento autorizo la administración de anestesia por la técnica que considere más adecuada el facultativo Anestesiólogo responsable.

Madrid, 10 de SEPTIEMBRE de 2009

Fdo. Paciente o Responsable:

Fdo. Dr. Roberto Ruiz Abascal  
Col. 281903489

#### **REVOCACION**

No consiento y rechazo el consentimiento prestado, y no deseo proseguir el tratamiento, y al hacerlo libero al Servicio de Anestesiología y Reanimación de toda responsabilidad relativa a mi caso.

EL INTERESADO O  
RESPONSABLE (parentesco)

EL ANESTESIÓLOGO  
- INFORMANTE



## Bibliografía

1. EZEKIEL MARK R., Manual de Anestesiología. Nuevas pautas del ASA. Ed. Momento clínico, 2002-2003.
2. Symposium Internacional de la ASA 1984, Boston, Estados Unidos.
3. Mediuris. Editorial Marcial Pons 2008.
4. Diccionario MOSBY Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 5ªed. Ed Harcourt 2001.
5. American Society of Anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2002; 96:485-96.
6. FISHER SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. Anesthesiology 1996; 85:196-206.
7. Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Madrid de 22/3/86.
8. ARANZADI. Fundamentos jurídicos argumentados. Sentencias del TS., 2009 (23/3/93 y 27/9/94).
9. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274.
10. FRAILE, JR.R. Manual de Medicina Preoperatorio. 2ªed. Ed Ergon. 2004.
11. Esquemas de Valoración Anestésica Preoperatorio. Editores Médicos, S.A. EDIMSA.2008.
12. Ley orgánica 3/1986 de 14 de abril de medidas especiales en materia de salud pública. Ley General de Sanidad. BOE nº 102, 29 de abril de 1986.
13. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina BOE núm. 251 Miércoles 20 octubre 1999.
14. Diario oficial de las comunidades europeas c 364/1, carta de los derechos fundamentales de la unión europea (2000/c 364/01).
15. Código Deontológico del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 1999.
16. LEY 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Martes 5 marzo 2002 BOE núm. 55.
17. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Sábado 22 noviembre 2003 BOE núm. 280.
18. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE nº 298 del 14 de diciembre de 1999.
19. Memoria asistencial del Hospital Sanitas La Moraleja, 2008.
20. KNIGHT CG, DONELLY MK. «Assessing the preoperative adult». Nurse Pract.1988 Jan; 13(1):6, 8, 13 passim.



21. GARCÍA-SÁNCHEZ MJ, PRIETO CUELLAR M, GALDO-ABADÍN JM, PALACIO-RODRIGUEZ MA. «Can we change the patient's image of the anesthesiologist?». Rev Esp. Anesthesiol. Reanim. 1996 Jun-Jul; 43(6):204-7.
22. DEXTER F. «Design of appointment systems for preanesthesia evaluation clinics to minimize patient waiting times: a review of computer simulation and patient survey studies». Anesth. Analg. 1999 Oct; 89(4):925-31.
23. HOLT NF, SILVERMAN DG, PRASAD R, DZIURA J, RUSKIN KJ. «Preanesthesia clinics, information management, and operating room delays: results of a survey practicing anesthesiologists». Anesth. Analg. 2007 Mar; 104(3):615-8.
24. HARMS C, KINDLER CH. «The preoperative anaesthetic visit». Ther Umsch. 2009 Jul; 66(7):503-8.
25. ZUBEK L, TOKEY B, SZABÓ L, ELO G. «Ethical and legal problems of informed consent». Orv Hetil. 2007 Jun 24; 148(25):1155-62.
26. MAVROFOROU A, STAMATIOU G, KOUTSIAS S, MICHALODIMITRAKIS E, VRETZAKIS G, GIANNOUKAS AD. «Malpractice issues in modern anaesthesiology». Eur J Anaesthesiol. 2007 Nov; 24(11):903-11. Epub 2007 Jun 21.
27. WASEM S, SMITH A, ROEWER N, KRANKE P. «Risk communication in anaesthesia consultations». Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2009 Mar; 44(3):216-20. Epub 2009 Mar 5.
28. WAISEL DB, LAMIANI G, SANDROCK NJ, PASCUCCI R, TRUOG RD, MEYER EC. «Anesthesiology trainees face ethical, practical, and relational challenges in obtaining informed consent». Anesthesiology. 2009 Mar; 110(3):480-6.

### Correspondencia

Roberto Ruiz Abascal  
Hospital La Moraleja  
Avda. Francisco Pi y Margall, nº 81  
28050 MADRID  
[docroberto2001@yahoo.es](mailto:docroberto2001@yahoo.es)