

# Consentimiento informado para Anestesia por Sedación

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar:      Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La anestesia es un procedimiento médico que permite realizar una operación quirúrgica sin dolor. En ocasiones se requiere este tipo de anestesia para minimizar las molestias de la intervención. El médico anestesiólogo es el encargado de administrar la cantidad precisa de anestesia adecuada para cada caso, dependiendo de la operación que se va a realizar y del estado del paciente. Además, cuida del estado general del paciente durante la operación y trata las complicaciones que puedan surgir.

## TIPOS DE ANESTESIA POR SEDACIÓN

Para sedarle es necesario canalizar una vena y colocarle diversos monitores para vigilar su estado durante la intervención.

- **Sedación superficial:** se realiza administrando medicamentos que tranquilizan al paciente sin que éste pierda su conciencia, aunque posteriormente pueda presentar amnesia (pérdida de memoria) parcial.
- **Sedación profunda:** se realiza administrando medicamentos que conllevan la pérdida de conciencia, pero conservando la respiración autónoma y los reflejos de protección.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

## RIESGOS GENERALES DE LA ANESTESIA

Todo acto anestésico conlleva siempre un riesgo menor asumible que justifica su uso generalizado. Aunque también es evidente que es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves e incluso la muerte, todas ellas en relación con el estado de salud previo, edad, complejidad y duración de la intervención, así como consecuencia de reacciones alérgicas u otros posibles factores imprevisibles. Cada tipo de anestesia tiene sus riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo.

Por ello, es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, presencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que crea importante.

A pesar de la adecuada elección del tipo de anestesia que se va a realizar en su intervención y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).

Los principales riesgos incluyen: náuseas, vómitos, dificultad para orinar, flebitis, dificultades respiratorias, depresión respiratoria. Reacciones adversas a fármacos. Reacciones alérgicas (aún sin antecedentes conocidos).

De cualquier forma si ocurriera una complicación, deben saber que todos los medios de este centro están disponibles para intentar solucionarla. En algunas ocasiones existe la posibilidad de tener que modificar la técnica anestésica y realizar una anestesia general, una vez iniciada la sedación, por seguridad del paciente.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias personales (médicas o de otro tipo) pueden darse los siguientes riesgos: .....

## RECOMENDACIONES

Para que este procedimiento sea seguro es necesario seguir estas sencillas normas:

- Debe guardar ayuno absoluto, incluso de agua, desde 6 a 8 horas antes de la realización de la intervención. Si no cumple este punto se interrumpirá la actuación del anestesiólogo.

- Debe aportar los informes clínicos de enfermedades que padezca o haya padecido, así como la lista completa de medicación que esté tomando.
- Si toma alguna medicación habitual, no interrumpa el tratamiento salvo que se le indique expresamente. Solamente bajo estricta prescripción médica debe usted suspender, una semana antes de la operación, los medicamentos que afectan a la coagulación de la sangre, por ejemplo, Aspirina®, Adiro®, Tromalyt®, Tilkid®, Persatin®, Plavix®, Disgren®, etc.
- Tras la realización de la intervención permanecerá en el centro hasta que el anestesiólogo responsable le indique que puede trasladarse a su domicilio. Puede comenzar a tomar líquidos dos horas después de la prueba o intervención y, a continuación, ingerir una dieta que no sea muy pesada, siempre con las indicaciones del anestesiólogo.
- Debe venir acompañado de un adulto que se responsabilice del traslado a su domicilio tras la sedación. No podrá conducir un vehículo en las doce horas siguientes a la realización de la sedación.
- En las horas siguientes a la sedación no debe realizar actividades que requieran una concentración mental importante, ya que ésta se ve alterada de manera transitoria por los fármacos anestésicos. Y deberá prestar especial atención para realizar movimientos combinados-coordinados (escaleras y pequeños obstáculos).
- No puede tomar alcohol en las 24 primeras horas tras la sedación.
- Si usted es fumador debe intentar interrumpir su hábito cuanto más tiempo mejor antes de la cirugía.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es), adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a: .....  
 Colegiado nº ..... Fecha: ...../...../.....

Firma del paciente

D/Dª: .....  
 Fecha: ...../...../.....

D./Dª: ....., con DNI: ..... en calidad de .....  
 a causa de ..... doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: ...../...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



### DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2  
 28006 Madrid  
 Tel: 91 562 02 90

### CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90  
 Email: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

### SOCIAL

 /CentroMedico  
 EnfermedadesDigestivas  
 @TWC MED  
 @cmed\_es

### VIDEOCONSULTA

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
 Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)