CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN ANESTÉSICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La Técnica consiste en la administración de medicamentos anestésicos, analgésicos, tranquilizantes o sedantes por vía respiratoria, o en la vena. Las dosis de medicamentos utilizados son las más adecuadas para cada situación, según sea el procedimiento a realizar, las características personales, la sensibilidad a los fármacos y el estado de salud del paciente.

El grado de sedación necesario es distinto en cada caso, y puede ir desde la simple eliminación de la ansiedad y el miedo, hasta un estado próximo a la anestesia general. Lo normal es que usted esté en un estado de desconexión parcial de la consciencia (dormido), pero seguirá con el control de las funciones respiratorias y cardiacas. A veces es necesario dar oxígeno a través de gafas nasales o mascarilla, para tener un buen nivel de oxígeno en sangre.

En alguna ocasión puede ser necesaria la reconversión de esta técnica a anestesia general, en principio no prevista para facilitar que el procedimiento se haga de la forma más segura.

La finalidad de la sedación es evitar la angustia y el dolor en las intervenciones quirúrgicas o actuaciones exploratorias diagnósticas y/o terapéuticas. Además permite que no se mueva el paciente para que la prueba se realice con éxito y de forma segura.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o importantes que aparezcan siempre en todos los pacientes. Sin embargo, algunas personas pueden presentar complicaciones, que se explican en el apartado “Riesgos del procedimiento”.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Hematomas por dificultad para la canalización de la vena.
- Flebitis (inflamación de las venas) y tromboflebitis (formación de un coágulo en la vena).
- Náuseas y vómitos.
- Problemas para orinar o respirar.
- Bajada de la tensión arterial.
- Retraso en la recuperación de la sedación

Los riesgos menos frecuentes y más graves son:

- El contenido del estómago puede llegar a los pulmones y causar problemas respiratorios.
- Alergia a sueros y fármacos usados en la sedación y al material de los guantes (látex). Estas alergias pueden ser graves, pero rara vez ponen en peligro la vida del paciente.
- Puede despertarse durante la cirugía, pudiendo escuchar conversaciones, sentir dolor y/o ser incapaz de moverse, lo que en algunas personas podría provocar secuelas psicológicas.

- Intoxicación o reacciones graves ante el uso de algunos medicamentos y anestésicos. Estos pueden bajar la tensión arterial, el ritmo del corazón, aumentar la temperatura del cuerpo, y causar problemas del riñón y del cerebro
- Parada cardiaca, con posibles consecuencias fatales o de sufrir daño permanente en el cerebro.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐ ……puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Existen situaciones en las que habría que valorar si el beneficio supera a los riesgos que pueda ocasionar como:

- Enfermedad respiratoria y/o cardíaca grave.
- Alergia conocida a los fármacos a utilizar.
- Infección aguda de las vías respiratorias.
- Tiempo insuficiente de ayuno, en las pruebas programadas.
- Problemas con sedaciones previas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Realizar el procedimiento sin sedación (asumiendo las molestias del mismo).
- Anestesia general.

AUTORIZACIÓN PARA "SEDACIÓN ANESTÉSICA"

Yo, D./Dª. , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento

puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de

---

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: ....., revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: