

CENTRO MEDICO PACIFICO
C/ Francisco Brizuela 11, PB – Local 2. Madrid 28011
(Acceso por C/ Severino Aznar Embid 8)
Tif. 91 526 76 24

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACION ANESTESICA

INFORMACIÓN GENERAL Y OBJETIVOS

Las técnicas de sedación consisten en la administración de uno o de varios medicamentos anestésicos, analgésicos y tranquilizantes a través de un catéter intravenoso con la finalidad de evitar la angustia o nerviosismo y el potencial dolor producidos por una intervención quirúrgica, con o sin anestesia local, generalmente de corta duración. Estos medicamentos se administran en la cantidad y dosis adecuadas para obtener un estado de consciencia o inconsciencia de acuerdo a las necesidades de cada paciente y de acuerdo al procedimiento quirúrgico que se realiza.

Como todos los procedimientos anestésicos, estas técnicas de sedación requieren de la misma preparación y vigilancia del paciente durante todo el proceso. Mediante aparatos especiales (monitores), se vigila la correcta función de los parámetros vitales del/la paciente (tensión arterial, pulso, respiración) y con ello se consigue la máxima seguridad posible en la intervención. El médico anestesiólogo (anestesta) es el especialista encargado de administrar y controlar todo el proceso de sedación de principio a fin y es el encargado de solucionar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

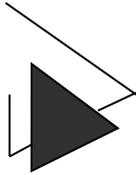
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El propósito de la sedación es proporcionar un estado de sueño ajustado a las necesidades del/la paciente y del procedimiento, lo que producirá un estado relajado, confort y alivio del dolor que permitirá al Ginecólogo realizar la intervención en una forma más eficaz y segura. Es posible que la intervención pueda realizarse solamente con anestesia local en el útero, pero no se puede garantizar lo anterior sin la sedación.

RIESGOS

Aparte del riesgo de la intervención quirúrgica del cual le informará su Ginecólogo, en las técnicas de sedación, como sucede en todo procedimiento médico anestésico, existen ciertos riesgos de los cuales los más importantes pueden ser las reacciones alérgicas a cualquiera de los medicamentos administrados, la broncoaspiración (paso del contenido gástrico al pulmón, produciendo insuficiencia respiratoria), disminución de la tensión arterial, el pulso y la respiración. Siendo estas complicaciones muy poco frecuentes y prevenibles en la mayoría de los casos, algunas veces podrían poner en peligro su vida, por lo cual su anestesiólogo siempre estará alerta a su detección y tratamiento.

Los riesgos pueden ser mayores en pacientes que tienen enfermedades de fondo como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, neuropatías, hepatopatías, problemas de coagulación, etc.



CENTRO MEDICO PACIFICO
C/ Francisco Brizuela 11, PB – Local 2. Madrid 28011
(Acceso por C/ Severino Aznar Embid 8)
Tif. 91 526 76 24

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACION ANESTESICA

Otros efectos menores poco frecuentes pueden ser náuseas, vómitos, mareos, somnolencia, hematoma (“cardenal”) en el sitio de punción de la vena y amnesia (falta de recuerdo acerca de la intervención).

Por la presente, autorizo al Anestesiólogo que firma, a practicar la sedación

Y EN CONSECUENCIA DECLARO LIBREMENTE QUE:

1.- Soy consciente de que durante el curso de la anestesia pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos y por la presente autorizo al Anestesiólogo/a y a sus ayudantes a realizar los procedimientos necesarios en el ejercicio de su juicio profesional. Esta autorización incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el anestesista en el momento de iniciar el procedimiento. Entiendo y estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado obtenido.

2.- Acepto, de acuerdo con este equipo médico y el CENTRO MEDICO PACIFICO, que la relación contractual que me une con ellos es una prestación de servicios y asumo como propia las decisiones del facultativo, el cual goza de independencia funcional y criterio médico propio.

3.- Me ha sido explicado de forma comprensible el método anestésico o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos y los riesgos y complicaciones más frecuentes de la anestesia y estoy satisfecha con la explicación.

POR LO ANTERIOR, yo: doy el consentimiento para el Tratamiento o procedimiento arriba citado y los puntos del 1 al 3.

Fdo. EL ANESTESIOLOGO /A

Fdo. LA PACIENTE

En Madrid a ____ de _____ de _____