

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Usted, en una consulta con su médico, decidió someterse a un procedimiento que requiere anestesia. El anestesista le explicó en qué consisten las opciones de anestesia, las alternativas médicamente aceptables y los riesgos y beneficios significativos y pertinentes del tipo de anestesia propuesto.

**ES IMPORTANTE QUE USTED, EL PACIENTE, LEA CUIDADOSAMENTE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO** (o que se lo lean) y que pregunte sobre cualquier información que no haya entendido por completo.

Entiendo y reconozco que todas las formas de anestesia implican algunos riesgos y efectos secundarios, y que el anestesista no puede ofrecer garantías ni promesas en cuanto a los resultados o el desenlace del plan de cuidados anestésicos. Reconozco que el deterioro del estado de alerta mental total puede persistir durante varias horas después de la administración de la anestesia, y evitaré tomar decisiones o realizar actividades que dependan de una concentración total o de capacidad de juicio durante este periodo.

Todas las formas de anestesia implican algunos riesgos. No se puede garantizar ni prometer que no vaya a sufrir efectos secundarios o complicaciones como consecuencia de la anestesia. Determinar qué tipos de anestesia son los más eficaces para usted depende de muchos factores, incluidos el estado físico, tipo de procedimiento al que se va a someter y sus preferencias y las de su médico. Se pueden presentar complicaciones poco frecuentes, no esperadas y severas con todas las formas de anestesia, incluidas infecciones; reacciones alérgicas a medicamentos; lesiones nerviosas con pérdida de sensibilidad o función; parálisis; accidentes cerebrovasculares; hemorragias; coágulos sanguíneos; daños al hígado, riñones o pulmones; ataques cardíacos; daños cerebrales. Los efectos secundarios frecuentes y complicaciones específicas de tipos particulares de anestesia incluyen, entre otros, los que se identifican a continuación.

## **Entre los riesgos y efectos secundarios frecuentes de la sedación/anestesia se incluyen:**

- Náuseas y/o vómitos.
- Disminuciones de leves a moderadas de la presión arterial o de la frecuencia cardíaca.
- Lesiones en la boca, labios y áreas circundantes, incluido un mayor riesgo para los dientes que hayan sido tratados previamente o que presenten caries.
- Aspiración (inhalaación del contenido estomacal por los pulmones), ataques de asma y neumonía (infección y/o inflamación de los pulmones).
- Crisis epiléptica/convulsión.
- Hinchazón, dolor a la palpación, sangrado y moretones en el lugar de la inyección.
- Infección, inflamación u otros daños en los vasos sanguíneos.
- Dolor de garganta y ronquera.
- Nódulos, pólipos u otros daños en las cuerdas vocales o en la tráquea.
- Lesiones esofágicas causadas por las sondas gástricas (del estómago) y/o por los dilatadores esofágicos.
- En raras ocasiones, puede haber conciencia bajo anestesia y los sueños durante la anestesia pueden confundirse con recuerdos de eventos reales.
- reacciones adversas a medicamentos, infecciones, flebitis y/o lesiones nerviosas relacionadas con la inserción de agujas o la colocación de catéteres intravenosos (IV).

Es posible que los dientes y las prótesis dentales (como implantes, carillas, fundas dentales, coronas y puentes) se aflojen, se quiebren o se desprendan, independientemente de la atención que se proporcione. Al firmar este consentimiento, reconoce que ni los anestesistas, ni el médico, ni el centro ni la empresa que emplea o contrata a los anestesistas son responsables de los daños dentales o de los costos de reparación.

Comprendo que en la siguiente sección se detallan los tipos de anestesia que se utilizarán para mi procedimiento. Comprendo que la técnica anestésica está determinada por muchos factores, entre ellos, mi condición física, procedimiento que se realizará, preferencia del médico, plan de atención del anestesista o mis propios deseos. También doy mi consentimiento para un tipo alternativo de anestesia, si es necesario, según lo consideren apropiado el anestesista y el médico.

**Anestesia general:** un estado controlado de inconsciencia inducido por medicamentos, acompañado de la pérdida parcial o total de los reflejos protectores, incluida la incapacidad de mantener de forma independiente las vías respiratorias y/o responder deliberadamente a la estimulación física o a órdenes verbales. Puede requerir la colocación de un tubo de respiración en la tráquea u otro dispositivo de respiración. Los riesgos incluyen, entre otros, dolor en la boca o garganta, ronquera, lesiones en la boca o dientes, conciencia de eventos intraoperatorios, lesiones en los vasos sanguíneos, aspiración y neumonía.

<Nombre del paciente>

<Núm. exp. méd.>

<Fecha nac.>

**Sedación profunda:** un estado controlado de conciencia deprimida inducido por medicamentos del que el paciente no se despierta fácilmente, que puede ir acompañado de una pérdida parcial de los reflejos protectores, incluida la capacidad de mantener las vías respiratorias abiertas de forma independiente y/o responder deliberadamente a la estimulación física o a órdenes verbales. Los riesgos incluyen, entre otros, infecciones, dolor en la boca o garganta, ronquera, lesiones en la boca o dientes, aspiración, mareos, náuseas o vómitos. Aunque es poco frecuente, su nivel de sedación puede avanzar involuntariamente a anestesia general, dependiendo de su respuesta a los medicamentos administrados. En raras ocasiones, la CAM no logra aliviar el dolor de forma adecuada o los medicamentos utilizados para la sedación podrían deprimir (reducir) considerablemente su respiración o disminuir su frecuencia cardíaca, lo que requeriría el uso de anestesia general.

**Cuidado de la anestesia monitoreada (CAM):** una combinación de medicamentos que le ayudan a relajarse (un sedante) y bloquear el dolor (un anestésico) durante un procedimiento médico. Se caracteriza por una conciencia mínimamente deprimida, de modo que el paciente es capaz de mantener de forma continua e independiente las vías respiratorias despejadas, conservar los reflejos protectores y seguir respondiendo a la estimulación física y órdenes verbales. Los riesgos incluyen, entre otros, infecciones, dolor en la boca o garganta, ronquera, lesiones en la boca o dientes, aspiración, mareos, náuseas o vómitos.

Al firmar a continuación, POR EL PRESENTE CERTIFICO que leí este formulario de consentimiento (o que me lo leyeron) y que mi anestesista me lo explicó de forma completa. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y me respondieron todas ellas de manera satisfactoria. Entiendo que el plan de cuidados anestésicos previsto es sedación profunda. Entiendo cuáles son mis opciones de anestesia, las alternativas, y los riesgos y beneficios significativos y pertinentes del tipo de anestesia propuesta. Por el presente, doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia elegida o para modificar el plan, según se considere necesario o recomendado.

Certifico que tengo 18 años de edad o más, que mi juicio no se ve afectado por sustancias legales ni ilegales, que firmo este formulario de consentimiento por mi propia voluntad y que ninguna persona me obligó a dar mi consentimiento para este procedimiento.

_____	_____	_____
Firma del paciente o Representante autorizado del paciente	Firma del testigo	Fecha/Hora

### Declaración sobre la anestesia

Certifico que le expliqué al paciente (padre o madre/representante autorizado) en qué consisten las opciones de anestesia, las alternativas médicamente aceptables, y los riesgos y beneficios significativos y pertinentes (a largo y corto plazo) y le permití al paciente (padre o madre/representante autorizado) hacer preguntas.

_____	_____
Firma del anestesista	Fecha/Hora

### Servicios de traducción

\_\_\_\_\_ Se emplearon servicios de traducción.

Este consentimiento fue traducido verbalmente a \_\_\_\_\_ para el beneficio del paciente/representante del paciente que entiende este idioma mejor que el inglés.

_____	_____	_____
Número de identificación y/o nombre del traductor	Firma del traductor (si se encuentra en el sitio)	Fecha/Hora

<Nombre del paciente>  
<Núm. exp. méd.>  
<Fecha nac.>