



**Hospital Universitario  
de La Princesa**



***UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO***

***DOCUMENTO  
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DE SEDACIÓN PARA PRUEBAS  
ENDOSCÓPICAS DE LA UED***

***EDICIÓN 01***

**Revisado:**

**Dr. J.A. Moreno Monteagudo  
Responsable de la UED y  
Responsable de Calidad**

**Dr. C. Santander Vaquero  
Jefe de Servicio de  
Aparato Digestivo**

**Fecha: 02/03/2015**

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / LOCO-REGIONAL / SEDACIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA  
Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias. Planta 3ª. Tfno: 915202250

### Identificación del facultativo solicitante:

NOMBRE Y APELLIDOS  
CIAS Y N° COLEGIADO  
CENTRO PROC Y ESPECIALIDAD

### Identificación del paciente:

NOMBRE Y APELLIDOS  
NSS  
NHC

### Indicación de la Exploración:

☐

URGENTE

☐

PREFERENTE

## 1. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.

### ¿QUÉ ES, CÓMO SE REALIZA Y PARA QUÉ SIRVE?

La ANESTESIA es un procedimiento que permite realizar una intervención quirúrgica o diagnóstica sin dolor.

Durante la ANESTESIA GENERAL usted permanecerá dormido por acción de los fármacos administrados, siendo necesario mantener la respiración mediante una mascarilla o un tubo endotraqueal conectados a un respirador.

Durante la ANESTESIA LOCO-REGIONAL se administra el fármaco anestésico en la zona en la que se va a intervenir o en lugares próximos a nervios raquídeos, axilares, etc., dependiendo de la región que se quiera anestesiarse. La anestesia loco-regional puede utilizarse conjuntamente con la anestesia general para proporcionar analgesia en el período postoperatorio.

La SEDACIÓN se emplea para disminuir la ansiedad y el dolor durante intervenciones quirúrgicas realizadas con anestesia loco-regional o durante procedimientos diagnósticos (endoscopias, radiología etc.).

En ocasiones, la anestesia loco-regional o la sedación, pueden precisar su conversión a anestesia general por dificultades en la técnica, complicaciones en la intervención, etc.

Durante el tiempo que dure la intervención, sea cual sea el tipo de anestesia utilizada, el médico especialista en Anestesiología valorará mediante diferentes sistemas de vigilancia los requerimientos anestésicos y controlará la respuesta a los fármacos administrados y a la intervención quirúrgica.

Durante el período perioperatorio, pueden producirse hemorragias o trastornos de la coagulación, cuyo tratamiento más adecuado puede ser la transfusión de sangre o componentes sanguíneos y/o fármacos específicos. Las transfusiones conllevan un riesgo de complicaciones que, con las medidas de control actuales del Banco de Sangre, es mínimo.

El Consentimiento de la intervención quirúrgica implica la aceptación de una posible transfusión, si el equipo médico lo considera indicado. En caso contrario, debe usted hacérselo saber.

### ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO?

Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes de cualquier enfermedad que padezca o haya padecido el paciente (también si ha habido alguna cirugía previa). También debe informar al médico que realizará la prueba sobre su vida basal, la presencia de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier tipo, existencia de prótesis o marcapasos y medicaciones que esté tomando actualmente.

Cualquier técnica anestésica conlleva riesgos. La probabilidad de una complicación, incluso de muerte, es muy escasa aunque no se puede descartar.

Los riesgos más típicos asociados a cualquier tipo de procedimiento anestésico, incluyen:

- Complicaciones cardíacas: alteraciones del ritmo cardíaco, infarto de miocardio, parada cardíaca, etc..
- Respiratorias: obstrucción de la vía aérea, insuficiencia respiratoria, neumonía, neumotórax, etc..
- Renales y hepáticas.

**SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**

**NOMBRE**

Aunque todas ellas son más probables en pacientes con afectación previa de dichos órganos, no se excluyen en personas sanas y en relación con el tipo de intervención quirúrgica a realizar.

Otros riesgos son:

- Reacciones alérgicas a los fármacos o fluidos administrados: estas reacciones, aunque muy infrecuentes, pueden llegar a ser muy graves. Siguiendo las recomendaciones de Instituciones Sanitarias y de las Sociedades de Anestesiología-Reanimación y de Alergología e Inmunología, no se aconseja practicar estudios de alergia en personas sin antecedentes alérgicos previos.
- Náuseas, vómitos y/o dificultad para orinar en el período postoperatorio inmediato.
- Lesiones oculares o nerviosas debidas a la postura en la mesa quirúrgica.
- Quemaduras cutáneas por la utilización de instrumentación eléctrica.
- Flebitis asociadas al catéter venoso, etc..

**Riesgos específicos de la anestesia general:**

- En ocasiones, la introducción del tubo en la vía respiratoria puede entrañar dificultades y provocar rotura, movilización o extracción accidental de piezas dentarias. Igualmente, durante la inserción del tubo, puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar complicaciones respiratorias graves. La forma de prevenir esta complicación es guardando ayuno durante unas horas antes de la intervención.
- En las horas posteriores a la anestesia general pueden aparecer molestias de garganta, ronquera, etc., generalmente transitorias, además de náuseas y/o vómitos, tiritona, temblor, dolores musculares, etc.

**Riesgos específicos de la anestesia loco-regional:**

- Dolor de cabeza, dolor de espalda tras punciones raquídeas.
- Meningitis, tras punciones raquídeas.
- Hematoma, hemorragia o infección en la zona de punción.
- Trastornos de la sensibilidad con sensación de acorchamiento, hormigueo, y/o parálisis de los miembros anestesiados, generalmente pasajeros. La posibilidad de daño neurológico permanente es muy baja y habitualmente en relación con trastornos de la coagulación o alteraciones anatómicas previas.
- En ocasiones excepcionales, el fármaco anestésico puede pasar a la circulación sanguínea y provocar hipotensión arterial, convulsiones, etc., pudiendo llegar a parada cardio-respiratoria.

**Riesgos personalizados:**

Además de los riesgos citados, por las características individuales de su proceso, en su caso pueden presentarse otras complicaciones en relación con sus circunstancias personales o por las enfermedades que padece, como:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ATENCIÓN**

**No se llevará cabo ningún procedimiento anestésico si no se aporta el Consentimiento Informado que se adjunta, o si éste no está correctamente cumplimentado y firmado.**

**Al estar siendo atendido en un Hospital de reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas de Aparato Digestivo, estos pueden participar activamente en su intervención, siempre debidamente tutelados por sus docentes.**

**También debe saber que, salvo que usted se niegue de forma explícita a ello, sus datos pueden ser utilizados con fines científicos sin permitir que se correlacionen con su identidad.**

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

## 2. DECLARACIONES Y FIRMAS.

### PACIENTE

Yo, D./D<sup>a</sup>.

con DNI ....., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr<sup>a</sup> ....., me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración o intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la paciente

### REPRESENTANTE LEGAL

Yo, D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., y domicilio en ....., calle ....., n<sup>o</sup> .....

en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr<sup>a</sup> ....., me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la representante

### MÉDICO

Yo, Dr./Dr<sup>a</sup>.

**he informado** a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención.

Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y n<sup>o</sup>. de colegiado: .....



SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

**NEGATIVA A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Yo, D./D<sup>a</sup> ....., con DNI .....,  
como paciente, o como representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y en virtud de los  
derechos que marca la Ley General de Sanidad, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito.  
He sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiero revocar el consentimiento**  
previamente otorgado.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: ..... el/la paciente ..... el/la representante legal

Si Usted reconoce haber recibido una información adecuada y acepta que se le practique el procedimiento descrito, pero  
rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique por favor, los motivos de esta  
decisión:

.....  
.....  
.....  
.....

**MÉDICO:**

Yo, Dr./Dr<sup>a</sup> .....,  
**he informado** a este/a paciente, y/o a su representante legal de las consecuencias previsibles de su no realización.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y nº. de colegiado: .....

**TESTIGO:**

Yo, D./D<sup>a</sup> ....., con DNI .....,  
declaro que el/la paciente, o su representante legal, D./D<sup>a</sup> .....,  
pese a haber recibido una información adecuada, y habiendo dado en un principio su consentimiento para que se le  
practicara la exploración correspondiente, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, ha decidido  
libremente no realizar dicho procedimiento.  
Ha sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiere revocar el consentimiento**  
previamente otorgado.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la testigo