

## CONSENTIMIENDO INFORMATIVO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN

### I. IDENTIFICACIÓN:

H.C.: .....

Nombre del paciente: .....

Diagnóstico preoperatorio: .....

Operación programada: .....

ANESTESIA SUGERIDA: .....

### II. INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en oftalmología requieren de una técnica anestésica para ser realizados bajo condiciones óptimas, sin dolor y sin molestias, asegurando la estabilidad del paciente.

- **Anestesia general:** consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de conciencia, analgesia y relajación muscular, que se puede alcanzar con la administración endovenosa de fármacos o a través de inhalación de gases anestésicos.
- **Sedación:** consiste en administrar por vía endovenosa medicamentos, elegidos según antecedentes médicos o farmacológicos la edad, el estado físico del paciente y la duración de la cirugía y después de un tiempo pertinente el oftalmólogo colocará la anestesia local en el ojo a operar.

#### Indicaciones de anestesia general o sedación:

- Procedimientos y cirugía en niños.
- Cirugía de estrabismo, vitreo retinal, trauma ocular, infecciones orbitarias.
- Condición subyacente que impide la colaboración del paciente (Parkinson, Alzheimer, Sd de Down, etc)

#### Proceso anestésico:

- Preparación del paciente:** Se le colocará una aguja especial (catéter) en una vena del brazo, para administrar los medicamentos requeridos. Además le colocarán dispositivos para vigilar sus signos vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial), monitorizar la función cardíaca y oxigenación adecuada y le administrarán oxígeno por una cánula ubicada cerca a sus fosas nasales.
- Inducción Anestésica:** Se le administrarán medicamentos que darán inicio al procedimiento anestésico, de acuerdo a la técnica anestésica seleccionada (general o sedación).
- Anestesia Transoperatoria:** Se administran fármacos para mantener el plano anestésico durante el tiempo que dure el procedimiento, de acuerdo a la técnica seleccionada.
- Recuperación post anestésica:** Terminada la cirugía o procedimiento será trasladado a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) para vigilar sus signos vitales y controlar posibles efectos no deseados (dolor, náusea, vómitos, inestabilidad de funciones vitales).

El médico anestesiólogo se encarga de realizar y controlar todo el proceso de principio a fin de la intervención quirúrgica, así como tratar todas las complicaciones relacionadas con la anestesia.

#### Condiciones para ser sometido a procedimiento con anestesia general o sedación

- Evaluación preanestésica y evaluación del riesgo anestesiológico.
- Ayuno absoluto de al menos 8 horas. En lactantes 4 horas si es leche materna y 6 horas si es fórmula.

#### Posibles Riesgos:

Además de los riesgos de la cirugía (los cuales serán informados por el oftalmólogo), la administración de anestesia general así como sedación presenta riesgos, algunos de los cuales son: hipertensión e hipotensión arterial, hipoventilación, alteraciones neurológicas e irritabilidad, trauma dental (lesión o pérdida de piezas dentales y



eventualmente broncoaspiración de estas), broncoaspiración (pacientes con estómago lleno), reacciones alérgicas y/o idiosincráticas a fármacos, isquemia o infarto de miocardio en pacientes con predisposición, lesión de cuerdas vocales: ronquera temporal, flebitis en el lugar de la venopunción e hipertemia maligna (afecta a pacientes con predisposición muscular y alta mortalidad). Además se pueden presentar bradicardia, depresión respiratoria, náuseas y/o vómitos, laringoespasma, broncoespasmo, paro cardíaco.

#### Riesgos personalizados:

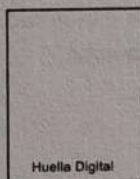
Además de los riesgos anteriormente mencionados, existen condiciones generales que pueden incrementar los riesgos como edades extremas, enfermedades como hipertensión arterial, diabetes. En su caso, los riesgos personalizados son:

### III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Se me ha facilitado la hoja de consentimiento informado, y además el médico anestesiólogo me informo de forma comprensible de la utilidad, naturaleza y riesgos del procedimiento a realizar, y que empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico, siendo consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada. Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías preexistentes o actuales, mi riesgo aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo* como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisiones.

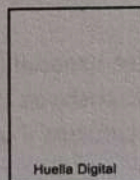
Habiendo comprendido el procedimiento y los riesgos inherentes al mismo declaro estar debidamente informado(a); por lo que: Doy consentimiento para que se me administre la anestesia descrita durante la realización del procedimiento quirúrgico.

-----  
FIRMA DEL PACIENTE  
DNI.-----  
Nombres y apellidos -----  
-----



Trujillo, ..... de ..... del 20.....

-----  
FIRMA DEL TESTIGO  
DNI.-----  
Nombres y apellidos -----  
-----

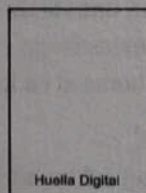


-----  
Firma y sello del médico informante  
CMP:-----  
Nombres y apellidos -----  
-----

#### Revocación del consentimiento informado

Dejo asentada mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el consentimiento informado previamente firmado en el que autoriza-ba el procedimiento. He sido informado sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión.

-----  
FIRMA DEL PACIENTE  
DNI.-----  
Nombres y apellidos -----  
-----



Trujillo, ..... de ..... del 20.....

-----  
Firma y sello del médico informante  
CMP:-----  
Nombres y apellidos -----  
-----