

## **Consentimiento informado de Sedación Consciente para Procedimientos Odontológicos y Maxilo-faciales**

Nombre del paciente:

Anestesiólogo que le informa:

Fecha:

El procedimiento quirúrgico-odontológico al cual usted va a ser sometido de forma voluntaria ..... puede conllevar asociadas ciertas molestias (dolor, incomodidad, nerviosismo, ansiedad). Con el objetivo de minimizar dichas molestias y asegurar un óptimo confort y tolerancia durante la realización de dicho procedimiento se le realizará una ***sedación consciente***.

### **¿Qué es la sedación consciente?**

Consiste en la administración por parte del anestesiólogo de medicación anestésica vía intravenosa que le proporcionará cierto grado de relajación y/o somnolencia que disminuirá su ansiedad y conseguirá abstraerle de estímulos externos desagradables (ruido, frío, conversaciones). Esta técnica se realiza bajo monitorización de sus constantes vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial y oxigenación tisular periférica de oxígeno).

La sedación consciente tiene como objetivo principal mantenerle calmado, cómodo, sin dolor y parcialmente comunicativo con el equipo profesional que le atiende. Tras la finalización del procedimiento quirúrgico-odontológico usted podrá ser dado de alta a su domicilio.

### **Posibles riesgos asociados a la sedación**

El efecto de los fármacos administrados siempre tiene una variabilidad inter-individual en función de la edad, peso, interacciones medicamentosas con medicación que usted tome habitualmente y sus antecedentes médicos

previos. La sedación consciente siempre transita en la frontera con la sedación inconsciente (anestesia general). Entre los riesgos potenciales se encuentra la sedación excesiva, hipotensión, broncoaspiración de secreciones y/o sangre o incluso depresión respiratoria.

Para evitar y tratar cualquier posible complicación el anestesiólogo estará controlando todo el proceso de sedación de principio a fin, ayudado por la monitorización y soporte farmacológico pertinente.

### **Riesgos personalizados**

En función de sus antecedentes médicos personales a los riesgos anteriormente citados se le pueden sumar

.....  
.....

Se me ha informado de la obligatoriedad de adoptar las siguientes medidas previas al tratamiento:

- No tomar alimentos sólidos **8 horas** antes del procedimiento ni tomar líquidos hasta 2 horas anteriores.
- Seguir con mi medicación habitual (a no ser que se me indique lo contrario).
- Advertir antes del inicio del procedimiento de cualquier anomalía o problema que haya podido aparecer desde la última visita (dolor, fiebre, inflamación, etc).

Asimismo, he sido informado de las siguientes normas a seguir después del tratamiento:

- Abandonar el centro dental acompañado de un familiar o amigo.
- No conducir vehículos de ningún tipo durante 12 horas posteriores al tratamiento.
- No realizar actividades potencialmente peligrosas durante 12 horas posteriores al tratamiento.
- No ingerir alcohol ni cualquier otro tipo de sustancia tóxica durante 12 horas posteriores al tratamiento.

También he puesto en conocimiento del equipo médico todas aquellas circunstancias personales (medicación, alergias, hábitos tóxicos, drogadicciones o tratamientos quirúrgicos previos) que puedan incrementar los riesgos médicos del procedimiento.

**Declaro** que he sido informado de forma comprensible por el anesthesiologo responsable de la técnica anestésica a realizar y de los riesgos del procedimiento, así como de sus posibles molestias y complicaciones y alternativas al procedimiento anestésico. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular preguntas y han estado aclaradas las dudas que pudiera tener sobre la sedación. Por consiguiente acepto los beneficios que dicha técnica me puede reportar.

**Autorizo** al Dr. .... a realizar el procedimiento anestésico que me ha sido propuesto. Se que el otorgar este consentimiento no supone ninguna renuncia a mis derechos médico-legales, así como poder en cualquier momento revocar el consentimiento dado.

Firmas:

Paciente o Representante legal

Médico informante

Dr. .... (col .....) )

**NO Autorizo** al Dr. .... a realizar el procedimiento anestésico que me ha sido propuesto y **NO** deseo proseguir con el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Firmas:

Paciente o Representante legal

Médico informante

Dr. .... (col .....) )