



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



# **PROGRAMA PARA LA IMPLANTACION DE TECNICAS ANESTESICAS PARA PROCEDIMIENTOS FUERA DEL AREA QUIRURGICA A.F.Q.**

**Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica  
del Dolor.  
Consortio Hospital General Universitario, Valencia.**

**Nuria García Gregorio, Roberto Garcia Aguado, Jose De Andres Ibañez**  
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor  
**Consortio Hospital General Universitario.**  
Valencia Enero 2007



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **Indice**

- I. Introducción.**
- II. Procedimientos que más frecuentemente requieren sedación, anestesia.**
- III. Requisitos materiales e infraestructura.**
- IV. Pautas generales para la selección de pacientes.**
- V. Evaluación preanestésica. Normas básicas.**
- VI. Actuación Anestésica. Normas básicas.**
- VII. Guía de actuación de enfermería de anestesia en procedimientos de AFQ.**
- VIII. Cuidados postanestésicos y criterios de alta.**
- IX. Programa específico de Sedación en procesos de Endoscopia Digestivo**
- X. Programa específico de Sedación en procesos de Unidad de Reproducción Humana**
- XI. Referencias bibliográficas.**
- XII. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## I. Introducción.

La ASA (American Society of Anesthesiologist) define los “cuidados anestésicos monitorizados” (1) como un servicio anestésico específico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las indicaciones para la realización de cuidados anestésicos monitorizados incluyen la naturaleza del procedimiento, las condiciones clínicas del paciente y/o la potencial necesidad de convertirlo en una anestesia general o regional.

Los cuidados anestésicos monitorizados incluyen todos los aspectos del cuidado anestésico: visita previa al procedimiento, manejo anestésico durante y después del procedimiento.

Durante los cuidados anestésicos monitorizados el anestesiólogo desempeñará una serie de cuidados específicos, que incluyen pero no se limitan a:

- Diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos que ocurran durante el procedimiento.
- Soporte de las funciones vitales.
- Administración de fármacos sedantes, analgésicos, hipnóticos, agentes anestésicos u otros fármacos necesarios para el cuidado del paciente.
- Soporte físico y psicológico.
- Otros servicios médicos necesarios para la seguridad del procedimiento.

Dichos cuidados incluyen diferentes niveles de sedación, analgesia y ansiolisis, y si fuese necesario, convertirlo en una anestesia general (si el paciente pierde la conciencia y la capacidad de responder, se convierte en anestesia general independientemente de si es necesario o no la instrumentación de la vía aérea).



Los niveles de profundidad de sedación para estos casos, han sido definidos por la Asamblea de delegados de la ASA y aprobados en 1999 (2).

	<b>Sedación mínima (Ansiolisis)</b>	<b>Sedación/Analgesia Moderada (“Sedación consciente”)</b>	<b>Sedación/Analgesia Profunda</b>	<b>Anestesia General</b>
<b>Reapuesta al estímulo</b>	Respuesta normal al estímulo verbal	Buena respuesta al estímulo verbal o táctil	Buena respuesta ante el estímulo repetido o doloroso	Sin respuesta al estímulo doloroso
<b>Vía aérea</b>	No afectada	No se requiere intervención	Puede requerirse intervención	Se requiere intervención con frecuencia
<b>Ventilación espontánea</b>	No afectada	Adecuada	Puede ser inadecuada	Con frecuencia inadecuada
<b>Función cardiovascular</b>	No afectada	Generalmente mantenida	Generalmente mantenida	Puede estar comprometida

La elección del régimen anestésico más adecuado para cada caso, se realizará en base a la patología y la posibilidad de colaboración del paciente y a las características del procedimiento que se va a realizar (duración, grado de inmovilidad necesario, si es o no doloroso, posición del paciente...). Como norma debe procurarse el nivel de sedación-anestesia más ligero que permita el procedimiento y utilizando el menor número posible de fármacos, pero pensando que una sedación o analgesia inadecuada puede resultar en profundo disconfort o lesión para el paciente por falta de cooperación o respuesta la estrés.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## II. Procedimientos que más frecuentemente requieren sedación-anestesia en áreas fuera de quirófanos (AFQ).

### 1. Procedimientos diagnósticos

- Area de radiodiagnóstico
  - Tomografía computerizada
  - Resonancia magnética
  
- Otras
  - Endoscopia digestiva
  - Punción lumbar
  - Punción medular
  - Biopsia muscular
  - Exploraciones oftalmológicas

### 2. Procedimientos terapéuticos

- Endoscopia digestiva
  
- Psiquiatría. Terapia electroconvulsiva
  
- Radiología intervencionista
  - Neuroradiología
  - Cardiovascular
  
- Cardiología Intervencionista
  - Ablación de arritmias
  - Cardioversión
  - Angioplastias
  
- Radioterapia
  
- Unidad de reproducción humana
  - Punción ovarios
  
- Urgencias
  - Sutura de desgarros cutáneos
  - Colocación de vía central
  - Reducción de fracturas



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



### III. Requerimientos materiales e infraestructura.

La realización de técnicas anestésicas para procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera del área quirúrgica, requiere que dichas áreas cuenten con unos mínimos fijados para proporcionar cuidados anestésicos y seguridad adecuados al paciente.

Las guías aprobadas por la ASA para anestesia fuera de quirófano (4), incluyen unos mínimos que en cualquier caso pueden ser ampliados a juicio del anesthesiólogo responsable :

1. Fuente de O<sub>2</sub> presurizada capaz de administrar una concentración mínima del 90% y 15 L y fuente de O<sub>2</sub> suplementaria (Cilindro E).
2. Fuente de succión.
3. Aquellas áreas en las que se realice anestesia inhalatoria, deberán contar con un sistema apropiado de extracción de gases.
4. Todas las áreas deberán estar dotadas de:
  - Bolsa auto-hinchable con reservorio y toma de O<sub>2</sub> (tipo Ambu)
  - Fármacos anestésicos, material y equipo necesario para el manejo anestésico
  - Equipo de monitorización adecuado
  - Si se realiza anestesia inhalatoria, una estación de trabajo similar a las utilizadas en quirófano
5. Enchufes suficientes para conectar el equipo anestésico, incluidos enchufes conectados a un sistema de emergencia.
6. Iluminación adecuada tanto del paciente como de la monitorización.
7. Desfibrilador con marcapasos externo, fármacos y material necesario para realizar reanimación cardiopulmonar.
8. Personal entrenado para asistir al anesthesiólogo.
9. Unidad de recuperación postanestésica.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



#### **IV. Pautas generales para la selección de pacientes.**

##### **Criterios de inclusión para exploraciones bajo anestesia en régimen ambulatorio.**

###### 1. Criterios médicos.

- Pacientes que se hallen en un estado de salud suficiente para tolerar con seguridad el procedimiento y la anestesia/sedación propuestos.
- Los pacientes que reciban anestesia general o cuidados anestésicos monitorizados se limitarán a los grupos de la ASA 1,2 y 3 médicamente estables.
- Pacientes ASA 4 que hallan sido aprobados consensuadamente por el anesestesiólogo y el especialista que lo solicita como candidatos aceptables para un procedimiento concreto.
- Recien nacidos o niños prematuros que hayan alcanzado el equivalente de desarrollo de un mes y no tengan riesgo elevado de complicaciones cardio-respiratorias.

###### 2. Criterios sociales.

- Acompañante adulto responsable durante el desplazamiento al domicilio y presente durante las primeras horas posteriores al procedimiento.
- Pacientes que reúnan unas condiciones higiénico sanitarias mínimas y cuya alta no suponga un problema social.
- Pacientes con limitaciones de su capacidad mental que dependan de alguien para entender y seguir instrucciones o desplazarse, siempre que estén acompañados de uno de los padres o tutor legal.
- Comunicación telefónica.

##### **Contraindicaciones.**

###### 1. Respiratorias

- IRC agudizada
- Asma no controlada
- Sleep apnea no tratada

###### 2. Cardiológicas



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



- Isquemia inestable
  - Arritmia no controlada
  - IC descompensada
3. Neurológicas
- Depresión del nivel de conciencia, coma
4. Otras
- Obesidad mórbida con patología cardíaca o respiratoria de base
  - Abuso reciente de alcohol o drogas



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## V. Evaluación preanestésica. Normas básicas.

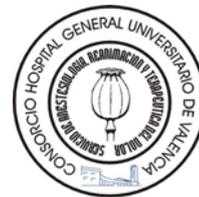
En relación a la evaluación preanestésica son necesarios unos requisitos mínimos:

1. Todos los pacientes deberán tener una evaluación previa apropiada al procedimiento y a la técnica anestésica prevista, que se registrará en la historia clínica del paciente antes del procedimiento, e incluya la consideración de los factores sociales.
2. El informe preanestésico se realizará lo más cerca posible del procedimiento. Idealmente 30 días antes y no más allá de 90 días. En pacientes ASA 1 hasta 6 meses, recomendándose en estos casos una reevaluación previa al procedimiento para confirmar que no se han producido cambios sustanciales de salud. Se deberá reseñar una nota de actualización en la historia clínica.
3. El día del procedimiento, el anestesiólogo responsable se entrevistará con el paciente y repasará la evaluación preoperatorio.
4. Dicha evaluación incluirá un documento de consentimiento informado cumplimentado adecuadamente, en el que se informará de la técnica anestésica a realizar y las posibles complicaciones.
5. Se entregarán al paciente las instrucciones previas al procedimiento que todos deberán cumplir:

- Cualquier preparación especial requerida por parte del paciente.
- Hora y lugar de llegada.
- Tiempo aproximado después del procedimiento que el paciente permanecerá en el hospital antes de ser dado de alta.
- Para poder ser dados de alta todos deberán cumplir unos criterios valorados por el anestesiólogo y el especialista responsables.
- Deberán estar acompañados por un adulto responsable encargado del transporte y de acompañar al paciente en las primeras horas después del alta.
- Designación del adulto responsable.

6. El procedimiento se suspenderá si no se cumplen estos requisitos.

No es necesario la realización rutinaria de pruebas de laboratorio y/o exploraciones complementarias para la evaluación preanestésica. Estarán indicadas, a juicio del anestesiólogo, para identificar indicadores clínicos



específicos o factores de riesgo (edad, enfermedad coexistente, magnitud del procedimiento)(5,6).

La ASA recomienda seguir unos estándares básicos para evaluación preoperatorio (7). Son aplicables a todos los pacientes que reciban anestesia o cuidados anestésicos monitorizados.

En situaciones de urgencia, pueden ser modificados. En estos casos, dicha circunstancia debe quedar registrada en la historia clínica del paciente.

### Estándar I

El anestesiólogo es el responsable de determinar el estado médico del paciente, desarrollar un plan de cuidados anestésicos y poner al corriente al paciente o a un adulto responsable de dicho plan.

El desarrollo del plan de cuidados anestésicos se basa en:

1. Revisar el historial médico
2. Entrevistar y examinar al paciente para:
  - Comentar antecedentes médicos, experiencias anestésicas previas y tratamiento farmacológico actual.
  - Evaluar aquellos aspectos del estado físico que puedan afectar a las decisiones sobre el riesgo y la atención perioperatorios.
3. Obtener o revisar, o ambos, pruebas y consultas necesarias para suministrar la anestesia.
4. Determinar la prescripción apropiada de fármacos preoperatorios si se requieren.
5. Solicitar estudio preoperatorio según norma:

Edad	Anestesia general o regional		Sedación, CAM y/o AL o B.N. Periférico
	Hombre	Mujer	
< 1 año	Hb	Hb	-
1-40 años	-	Hb	-
> 40 años	ECG	Hb	-
> 50 años	ECG	Hb ECG	-
> 60 años	ECG Rx Torax Hb Glucemia? Creatinina?	ECG Rx Torax Hb Glucemia? Creatinina?	ECG? Rx Torax? Hb? Glucemia? Creatinina?



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## VI. Actuacion Anestésica. Normas básicas.

### Recomendaciones para el uso de fármacos.

La elección de los agentes farmacológicos a utilizar en cada procedimiento anestésico va a estar determinada fundamentalmente por las preferencias del anestesiólogo que realice la sedación y por las características del propio paciente y de la exploración en sí. No obstante el establecimiento de una sistemática de trabajo y la protocolización de la asistencia nos van a facilitar mucho la labor de equipo que de esta forma resultará más eficaz y segura.

Actualmente la asociación de propofol y remifentanilo es una de las combinaciones empleadas con mejores resultados en sedación.

A continuación se exponen algunas de las pautas de uso de estos fármacos más habituales:

1. Propofol 2mg/kg/h: iniciar la perfusión entre 3-5 min antes de iniciar el procedimiento y retirarla 1-2 min antes de finalizar la exploración.
2. Remifentanilo: si se utiliza como fármaco único se recomienda iniciar la perfusión 5-8 min antes de la introducción del endoscopio, en perfusión a 0.1µg/Kg/min (en pacientes menores de 65 años) y a 0.05µg/Kg/min (en pacientes mayores de 65 años).
3. Remifentanilo 0.05µg/Kg/min + Propofol 1mg/kg/h: iniciar ambas perfusiones 3-5 min antes de empezar el procedimiento y retirarlas 1-2 min antes de finalizar la exploración.
4. Remifentanilo 0.1µg/Kg/min + Propofol en bolus de 20-30mg: iniciar la perfusión 3-5 min antes del inicio del procedimiento y retirarla 1-2 min antes de su finalización. En los momentos puntuales en que sea necesario profundizar el plano anestésico se utilizará propofol en bolus de 20-30mg. (ej. durante la punción en la FBG-ECO, al pasar la sonda de gastrostomía por la piel...).



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



❖ Recomendaciones generales para el uso de Remifentanilo.

1. No administrar nunca en bolus.
2. Disminuir la dosis recomendada:
  - En pacientes mayores de 65 años y/o ASAIII.
  - Si se premedica al paciente o se usa junto a otros hipnóticos o depresores del centro respiratorio (no sobrepasar los  $0.05\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ ).
3. Reajustar la dosis en función de la frecuencia respiratoria (es la mejor monitorización para controlar este fármaco). La depresión respiratoria revierte en 1-2 min tras el cese de la administración del fármaco.
4. Buscar la analgesia y confort, no la hipnosis
5. Aumentar la tolerancia al error del sistema:
  - Utilizar soluciones muy diluidas
  - Eliminar o disminuir los espacios muertos (alargaderas...)
  - Utilizar bombas de perfusión con alarmas adecuadas



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## VII. Guía de actuación de enfermería de anestesia en procedimientos de AFQ.

La colaboración del equipo de enfermería con el anestesiólogo es fundamental, tanto para agilizar el proceso previo a la técnica anestésica como para su desarrollo y el cuidado del paciente en la unidad de recuperación tras el procedimiento. Su papel en el control posterior al procedimiento permitirá mejorar las condiciones de los pacientes antes de ser dados de alta a su domicilio o sala de origen.

El desarrollo de su trabajo se debe centrar en los siguientes puntos, ordenados cronológicamente:

1. Valorar el correcto funcionamiento de:
  - los sistemas de monitorización
  - los sistemas de infusión
  - el sistema de aporte de oxígeno
  - el sistema de aspiración
  - los sistemas de apoyo en maniobras de reanimación cardiopulmonar
  
2. Preparación de fármacos según protocolos asistenciales
  - Fármacos anestésicos
  - Fármacos de soporte vital indispensables
  
3. Preoperatorio
  - Recepción del paciente
  - Explicación inicial de la técnica
  - Valoración de:
    - Estado de ayuno
    - Alergias
    - Patología asociada
    - Medicación que toma
    - Canalización de acceso venoso
  - Monitorización básica
  
4. Peroperatorio
  - Colocación del paciente
  - Soporte al anestesiólogo responsable



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



5. Postoperatorio
  - Traslado del paciente al área de recuperación
  - Control de la recuperación de acuerdo con la escala de Aldrete
6. Control de la programación prevista para el día siguiente
7. Colaboración en trabajos de investigación clínica relacionados con anestesia en esta área.

### **Preparación del paciente.**

1. El paciente debe cambiar su ropa por un pijama o bata del hospital. Debe quitarse cualquier pieza dental postiza y gafas, joyas o reloj.
2. Canalización de vía periférica (Abbocat 20G o 18G) y colocación de dos llaves de tres pasos conectadas el suero de arrastre.
3. Monitorización básica: ECG, PNI, SatO<sub>2</sub> y frecuencia respiratoria.
4. Colocación de gafas nasales con O<sub>2</sub> a 2-3lx' o alargadera de oxígeno adaptable a bucal de endoscopia.

### **Preparación de fármacos.**

1. Suero fisiológico de 250cc con sistema de gotero y 2 llaves de tres pasos.
2. Atropina 1mg en jeringa de insulina.
3. Midazolam 1mg/ml en jeringa de 5cc.
4. Propofol al 1% en jeringa de 20cc.
5. Propofol al 1% en jeringa de 50cc.
6. Remifentanilo 1mg diluido en 50cc de suero fisiológico(20 µg/ml) y cargarlo en una jeringa de 50cc.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **VIII. Cuidados postanestésicos y criterios de alta.**

Las recomendaciones para los cuidados postanestésicos están basadas en los estándares publicados por la ASA (8). La vigilancia postanestésica se realizará de forma que garantice la seguridad del paciente y estará determinada la técnica anestésica realizada, procedimiento y condición general del paciente.

### **Estandar I**

Todos los pacientes que se hayan sometido a anestesia general, anestesia regional o cuidados anestésicos monitorizados, deberán recibir atención postanestésica apropiada.

- Se debe disponer de una unidad de recuperación postanestésica adecuada, y todos los pacientes, excepto orden específica del anestesiólogo, se trasladarán a dicha área.

### **Estandar II**

El paciente trasladado al área de recuperación deberá estar acompañado por un miembro del equipo anestésico, monitorizado y observado continuamente y tratado de forma adecuada a su condición clínica.

### **Estandar III**

Al llegar a la unidad de recuperación, será reevaluado y se informará a la enfermera y/o anestesiólogo responsable del área sobre la historia clínica, la técnica realizada y el estado del paciente.

### **Estandar IV**

El estado clínico del paciente debe evaluarse de forma continuada durante su estancia en la unidad de recuperación.

- Se deberá observar y vigilar al paciente con métodos apropiados a su estado médico. Debe concederse particular atención a la vigilancia de la oxigenación, circulación, respiración y temperatura.
- La supervisión y coordinación médica del cuidado del paciente en la unidad de recuperación es responsabilidad del anestesiólogo.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **Estandar V**

El anestesiólogo es el responsable de dar el alta al paciente.

- Los criterios de alta deben ser aprobados por el servicio de anestesiología y pueden variar en función de donde vaya el paciente.
- Cuando no haya un médico responsable para el alta, la enfermera de la unidad de recuperación determinará si el paciente cumple los criterios para el alta. Es necesario escribir en el expediente el nombre del médico que acepta la responsabilidad del alta.



## Criterios de alta.

Como cualquier otro procedimiento anestésico que se realice de forma ambulatoria, deben definirse los criterios que debe cumplir el paciente antes de ser dado de alta y los criterios que obligarían al ingreso del paciente.

### Criterios de alta en URPA. Test de Aldrete.

<b>1. Conciencia</b>	2 1 0	completamente si se le llama no responde
<b>2. Respiración</b>	2 1 0	Profunda y tose Disnea/ limitada Apneico
<b>3. Circulación</b>	2 1 0	TA+/-20% preanest. TA+/-20-50% preanest. TA+/-50% preanest
<b>4. Color</b>	2 1 0	Rosado Pálido/lívido/moteado Cianótico
<b>5. Actividad</b>	2 1 0	Mueve 4 extremidades Mueve 2 extremidades Incapaz moverse
<b>Puntuación Global</b>		9-10 alta en URPA



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **Criterios de alta (adaptado del T. De Aldrete modificado, PADS – Post Anestesia Discharge Scoring Sistem).**

- Neurológicos
  - Completamente despierto
  - Orientado temporoespacialmente
  - Responde a órdenes verbales
  
- Respiratorios
  - Saturación O<sub>2</sub> > 95% en condiciones basales o
  - Saturación no inferior al 10% del valor previo
  
- Hemodinámicas
  - Presión arterial y frecuencia cardiaca dentro de los valores normales o +/- 20% de los valores previos
  
- Movilidad
  - Recuperación de la capacidad de ambular al nivel previo
  
- Ausencia de síntomas como:
  - Náuseas o vómitos persistentes no tratables con medicación vía oral
  - Cefalea intensa
  - Sensación de inestabilidad
  - Dolor intenso



### Criterios para una Fast Track (Vía Rápida)

<b>1. Nivel de conciencia</b>	2	Despierto y orientado
	1	Despertable con estimulación mínima
	0	Responde sólo a la estimulación táctil
<b>2. Actividad física</b>	2	Es capaz de mover todas las extremidades a petición
	1	Cierta debilidad en el movimiento de las extremidades
	0	Incapaz de movimiento voluntario de las extremidades
<b>3. Estabilidad hemodinámica</b>	2	Presión arterial < 15% del valor de presión arterial media (PAM) basal
	1	Presión arterial 15-30% del valor de PAM basal
	0	Presión arterial > 30% por debajo del valor de PAM
<b>4. Estabilidad respiratoria</b>	2	Capaz de respirar profundamente
	1	Taquipnea con tos eficaz
	0	Disneico con tos débil
<b>5. Estado de saturación de oxígeno</b>	2	Mantiene un valor > 90% al aire ambiental
	1	Necesita suplemento de oxígeno (gafas nasales)
	0	Saturación < 90% con suplemento de oxígeno
<b>6. Evaluación del dolor postoperatorio</b>	2	Ninguno o molestia ligera
	1	Dolor de moderado a intenso controlado mediante analgésicos i.v.
	0	Dolor intenso persistente
<b>7. Síntomas eméticos postoperatorios</b>	2	Ausencia de náuseas o náuseas leves sin vómitos activos
	1	Vómitos o arcadas transitorias
	0	Náuseas y vómitos persistentes de moderados a intensos
<b>Puntuación Global</b>		Puntuación mínima de 12 (sin una puntuación < 1 en ninguna categoría) para seguir la vía rápida.



### Criterios de alta domiciliaria

- Guías para el alta segura

Clínicas	Organizativas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Signos vitales</li><li>• Actividad</li><li>• Ausencia de complicaciones</li><li>• PADS <math>\geq 9</math></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anestesiólogo/Cirujano</li><li>• Acompañante</li><li>• Instrucciones postoperatorio (medicación)</li><li>• Contactos (Teléfono)</li></ul>

### Post Anesthesia Discharge Scoring Sistem (PADS)

<b>1. Signos vitales</b>	2	TA y pulso 20% preoperatorio
	1	TA y pulso 20-40% preoperatorio
	0	TA y pulso >40% preoperatorio
<b>2. Nivel Actividad capaz de deambular</b>	2	Andar seguro, no mareo, como preoperatorio
	1	Requiere asistencia
	0	Incapaz andar
<b>3. NVPO. mínima</b>	2	Mínima: Satisfactoria tras Tt <sup>o</sup> vo
	1	Moderada: Satisfactoria tras Tt <sup>o</sup> im
	0	Severa: Continua tras Tt <sup>o</sup> repetido
<b>4. Dolor</b>		Mínimo o No dolor
		Controlado v.o.
		Localización, tipo e intensidad = al esperado
	2	Aceptabilidad
	0	SI
		No
<b>Hemorragia esperada</b>	2	Mínima: No cambio apósito
	1	Moderada: > 2 cambios
	0	Severa: > 3 cambios
<b>Puntuación Global</b>		$\geq 9$ Listo para alta



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **Criterios de ingreso no previsto**

- Neurológicos
  - Retraso prolongado del despertar
  
- Respiratorios
  - Hipoventilación
  - Evidencia o sospecha de broncoaspiración
  - Laringoespasma o broncoespasma refractario a broncodilatadores
  
- Hemodinamicos
  - Hipertensión refractaria al tratamiento
  - Aparición de arritmia cardiaca
  - Presencia de isquemia miocárdica
  
- Derivados del procedimiento
  - Náuseas o vómitos que precisen tratamiento endovenoso
  - Aparición de cualquier complicación grave derivada de la anestesia o del procedimiento que a juicio de los especialistas responsables requiera monitorización prolongada o tratamiento hospitalario.

El alta domiciliaria es responsabilidad del anestesiólogo y del especialista que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. El paciente debe estar acompañado por un adulto responsable y deben entender las instrucciones post-procedimiento. Dichas instrucciones incluirán información apropiada sobre:

1. Restricciones posteriores al procedimiento (ej. Dieta, actividad medio de transporte...).
2. Pautas escritas para la administración de fármacos.
3. Instrucciones que se considera que requieren contacto médico.
4. Instrucciones para contactar con un médico para la atención de problemas, incluyendo un número de teléfono.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## IX. Programa específico de Sedación en procesos de Endoscopia Digestivo

La endoscopia digestiva incluye numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, generalmente minimamente invasivos, que se realizan todos fuera del área quirúrgica.

Diferenciamos dos grupos en función del grado de molestia que producen:

**Grupo 1: Fibrogastroscoopia simple, esclerosis de varices esofágicas, exploración ano-rectal con fibrocolonoscopia, dilataciones esofágicas con balón, recambios de gastrostomía percutánea:** son procedimientos generalmente de corta duración, más que dolorosos resultan desagradables para el paciente porque provocan náuseas, tos y mayor o menor molestia.

Dependiendo de las características de cada paciente pueden requerir un mínimo de sedación. En general, puede utilizarse una benzodiacepina a criterio del anestesiólogo y en función de si el paciente está ingresado o es ambulatorio.

**Grupo 2:** son procedimientos de mayor duración, muy molestos y desagradables para el paciente, que requieren en algunos casos de colaboración e inmovilidad absolutas.

- **Fibrogastroscoopia (FGS) con Ecoendoscopia digestiva.** Habitualmente tras una FGS estándar se introduce un tubo de endoscopia con un transductor ultrasonográfico. Además del diagnóstico de imagen, puede emplearse para tomar biopsias múltiples, realizar polipectomías en tubo digestivo superior y para la alcoholización del plexo celiaco. El paciente se coloca en decúbito lateral, por lo que el acceso a la vía aérea es difícil. Es un procedimiento no doloroso pero muy desagradable y de larga duración (hasta 1.5-2 horas), provoca náuseas y tos y requiere inicialmente la colaboración del paciente para el paso del tubo por la faringe y posteriormente, inmovilidad total. Debemos tener en cuenta que en lugar de aire insuflan agua para mejorar la visión ultrasonográfica, es importante que el paciente conserve el reflejo tusígeno.
- **Fibrocolonoscopia (FBC):** en general requiere escasa colaboración, pero que puede ser muy dolorosa. Una de las maniobras más molestas es el paso del ángulo hepático, sobretodo en pacientes con intervenciones quirúrgicas previas sobre la zona y en los casos complicados técnicamente por las características propias del colon y el meso.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



- **Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE):** se trata de la cateterización del conducto biliar y/o pancreático mediante endoscopia digestiva. La duración y grado de dolor es variable dependiendo de si el procedimiento es sólo diagnóstico o terapéutico (extracción de cálculos de colédoco y vesícula, inserción de prótesis biliares...) y es fundamental que el paciente colabore y permanezca inmóvil.

Se realiza en el área de radiodiagnóstico porque necesita control radiológico con contraste. El paciente se coloca en decúbito prono, posición que dificulta el manejo de la vía aérea y la valoración de la ventilación espontánea.

### **Necesidades anestésicas.**

La función del anestesiólogo en esta área es fundamentalmente proporcionar confort y seguridad al paciente, facilitando a la vez la colaboración y la inmovilidad durante la exploración.

La sedación confiere mayor calidad al procedimiento, facilita las maniobras por parte del endoscopista y mejora la eficiencia de las unidades de endoscopia reduciendo el tiempo empleado en la realización de la exploración y evitando reprogramaciones en exploraciones que no se completan por intolerancia etc.,.

Debemos tratar de conseguir el mínimo nivel de sedación adecuado para el procedimiento, profundizando puntualmente en los momentos más molestos o dolorosos. En los casos en los que sea necesaria una sedación profunda y que la posición dificulte el manejo de la vía aérea, es recomendable realizar una anestesia general con intubación endotraqueal.

### **X. Programa específico de Sedación en procesos de Unidad de Reproducción Humana**

1. Utilización de Preanestesia y consentimiento informado según modelo estándar de AFQ en todas las especialidades entregado a la paciente por el ginecólogo en la visita de programación.
2. La paciente llega al bloque quirúrgico desde su domicilio recibida por la enfermera de URH le explica donde se ha de cambiar y como es el circuito.
3. El anestesiólogo revisa y recoge la preanestesia y el consentimiento informado de la paciente previo a su paso a quirófano.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



4. La paciente pasa a quirófano donde previamente la enfermera de anestesia ha revisado la medicación y el material necesario, así como preparado las bombas de perfusión y premedicación necesarias .
5. La enfermera de anestesia canaliza la vía venosa y monitoriza a la paciente mientras el anesthesiólogo administra la premedicación e inicia la perfusión .
6. Dado el carácter de la cirugía ( extracción transvaginal de ovocitos) se requiere la inmovilidad COMPLETA de la paciente y dado que los pacientes son ambulatorios se requiere el uso de fármacos anestésicos de acción ultracorta evitando en lo posible el uso de relajantes neuromusculares para que los pacientes puedan regresar a su domicilio en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones. Este equilibrio se consigue con una **sedación profunda** en la que la paciente mantiene la ventilación espontánea durante todo el procedimiento requiriendo puntualmente soporte ventilatorio por parte del anesthesiólogo que se ha de encontrar auxiliado en todo momento por la enfermera de anestesia, ya que si se presenta cualquier complicación ( sangrado , perforación visceral..) se habría de realizar una anestesia general.
7. Si no hay complicaciones, y una vez finalizada la extracción de ovocitos, la paciente pasa a la unidad de recuperación postanestésica (URPA), donde se monitoriza durante un periodo mínimo de una hora y es vigilada por la enfermera de anestesia. Una vez plenamente recuperada la paciente y tras realizar si procede la ecografía de control por parte del ginecólogo se retira la vía venosa a la paciente y se le da de alta por parte del Ginecologo citándola para la fertilización.

## **.-ELEMENTOS ESTRUCTURALES DEL CIRCUITO Y DOTACIONES ADECUADAS**

### 1.-Quirófano de reproducción.

- Fuente de O<sub>2</sub> presurizada capaz de administrar una concentración mínima del 90% y 15 L
- Desdoblamiento de las tomas de O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>O y aire para la estación de anestesia
- Estación de trabajo similar a las utilizadas en quirófano
- Dos fuentes de aspiración
- Enchufes suficientes para conectar el equipo anestésico, incluidos enchufes conectados a un sistema de emergencia.
- Iluminación adecuada tanto del paciente como de la monitorización.
- Personal entrenado para asistir al anesthesiólogo tanto en el manejo de las pacientes durante el procedimiento como para su posterior cuidado en el área de recuperación postanestésica.

### 2. Unidad de recuperación postanestésica.

- Camilla adecuada para la recuperación postanestésica de la paciente
- Fuente de O<sub>2</sub> presurizada capaz de administrar una concentración mínima del 90% y 15 L
- Fuente de aspiración
- Enchufes suficientes para conectar el equipo anestésico, incluidos enchufes conectados a un sistema de emergencia.



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **XI. Referencias bibliográficas.**

- 1.-ASA position on Monitored Anesthesia Care. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 2.-Continuum of deep sedation. Definición de General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 3.-Salvador L,. Anestesia para procedimientos fuera del área quirúrgica. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.
- 4.-Guidelines for Nonoperating Room Anesthetizing Locations. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 5.-Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2002; 96: 485-496.
- 6.-Statement on Routine Preoperative Laboratory and Diagnostic Screening. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 7.-Basic Standards for Preanesthesia Care. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 8.-Standards for Postanesthesia Care. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 9.-Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery. Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 10.-Standards for Basic Anesthetic Monitoring. . Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>
- 11.-Guidelines for Patient Care in Anesthesiology. . Guidelines of American Society of Anesthesiologist. Página web de la ASA: <http://www.asahq.org>



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



12.-Salvador L,. La anestesia fuera del área quirúrgica: ¿destino a galeras o crucero de lujo?. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2001; 48: 303-306.

13.-Protocolo de actuación en Servicios de Anestesia para Cirugía Ambulatoria y Procedimientos Invasivos Fuera del Area Quirúrgica.

Roberto García Aguado. Jefe de Sección Anestesia Ambulatoria. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

14.-S. Gillies B. H, Lecky J,. Anestesia fuera de quirófano. Barash, Cullen, Stoelting, Anestesia Clínica, Vol II (3ª ed.) McGraw-Hill Interamericana.

15.-Guías de Practica Clínica en Anestesiología-Reanimación. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Pagina web: [www.sedar.es](http://www.sedar.es)

16.-Martinez G, Gambús P, López A, Agustí M,. Implantación de técnicas Anestésicas en un area de Endoscopia Digestiva: Nuevas Perspectivas y Guías de Funcionamiento. Servicio de anestesiología y Reanimación, Hospital Clínic, Barcelona.

## CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

### ¿Quién es el médico anestesiólogo y cuál es su misión?

El anestesiólogo o anestesista es el Médico especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Por tanto, es la persona más preparada para indicar los cuidados anestésicos adecuados a un paciente y para una intervención concreta.

**El anestesiólogo tiene los conocimientos, y domina las técnicas necesarias para que usted pueda ser operado con el menor riesgo posible. Permanece con usted todo el tiempo que dura la operación. Realiza la anestesia y cuida de su seguridad y bienestar. También procura el normal funcionamiento de su organismo. Para realizar esta función de un modo adecuado utiliza, según se precise, instrumentos, materiales y fármacos de diversa índole (agujas, sondas, cánulas, tubos, sueros, sangre y hemoderivados, etc). Así como, aparatos (laringoscopio, fibrobroncoscopio, respiradores, monitores, aparatos de ecografía, etc). Su principal función es actuar para su seguridad. Además detecta la mayoría de los problemas que pueden surgir y actúa en consecuencia.**

### ¿Cómo me van a anestesiar?

Existen diferentes posibilidades de realizar la anestesia de acuerdo al procedimiento previsto y a su estado de salud. Básicamente se puede realizar: sedación y cuidados anestésicos monitorizados, Anestesia Local, Regional y General. Además, cada vez es más frecuente la asociación de diferentes tipos de anestesia. De esta forma se consigue el mejor cuidado del paciente.

1.- La **sedación y cuidados anestésicos monitorizados**, se aplican para exploraciones o pequeñas intervenciones con el fin de conseguir de forma segura, un estado confortable y sin dolor. De acuerdo con el procedimiento a realizar y el estado de salud del paciente, se aplican medicamentos por una vena, en cantidades adecuadas a cada paciente en particular

2.- La **Anestesia regional** es la inyección de un fármaco (anestésico) en un punto específico. Esto bloquea los nervios que transmiten la sensibilidad de la zona relacionada con la operación.

Según el lugar de aplicación se distinguen varios tipos de anestesia regional: Anestesia **tópica** y anestesia por **infiltración** o **local**, cuando el anestésico se aplica sobre las mucosas o se inyecta bajo la piel. En la anestesia **de plexo** el anestésico se inyecta en la proximidad de nervios aislados o grupos de nervios. Por último, cuando el anestésico se inyecta en la proximidad de la médula espinal hablamos de anestesia **neuroaxial** que puede ser **subaracnoidea** (intradural o raquídea) o **epidural**.

En la anestesia de plexo, subaracnoidea o Epidural puede perder la posibilidad de mover la zona anestesiada. Esa zona queda sin sensibilidad (dormida) durante el periodo de tiempo que dura el efecto de la medicación y luego la recupera progresivamente a medida que ésta se elimina.

En algunas ocasiones tras realizar la **anestesia regional** es necesaria su combinación con algún grado de sedación o anestesia general para conseguir un mejor confort del paciente. Al mismo tiempo se disminuye el temor y la ansiedad. Estos medicamentos pueden producir una cierta somnolencia y amnesia, por lo que es posible que después usted no recuerde nada de la intervención.

3.- La **Anestesia General** se consigue mediante la administración de un conjunto de medicamentos que hacen que usted quede inconsciente y permanezca en ese estado mientras dura la operación. Al mismo tiempo facilitan la realización de la intervención y hacen que su organismo no sienta el dolor. Sin embargo también **suprimen algunos reflejos protectores**, sobre todo los que mantienen libre el paso de aire a los pulmones. También pueden paralizar o deprimir la respiración. Por eso es necesario utilizar sistemas para mantener libre el paso de aire, como la colocación de tubos en la boca y emplear técnicas de asistencia respiratoria.

### ¿Dónde me despertaré?

Una vez finalizada la operación, usted pasará a una sala de recuperación post-anestésica (URPA) donde permanecerá un periodo de tiempo variable en función de las necesidades de vigilancia y cuidados tras la operación. En ocasiones el periodo de recuperación debe transcurrir en unidades especiales (Cuidados Intensivos ó Reanimación). El anestesiólogo determinará el momento en que puede abandonar la sala de recuperación para pasar a una planta de hospitalización o, en los casos ambulatorios, regresar a su domicilio.

### ¿Cómo puede contribuir, como paciente, a aumentar la seguridad de la anestesia?

- 1.- Explicando al anestesiólogo las enfermedades que tiene o que ha tenido y la medicación que está tomando. También debe decirle si, además de la medicación que le dan en el hospital, está usted tomando alguna otra medicación (tranquilizantes, gotas, productos de herboristería, productos de homeopatía, u otras), Es importante saber si está tomando medicamentos que alteran la **coagulación** de la sangre (aspirina, antiinflamatorios, etc). Si es así, es posible que tenga que dejar de tomarlos un os días antes de la operación. Si no está seguro es mejor que consulte con su médico
- 2.- Notifique si usted es alérgico a algún fármaco o alimento.
- 3.- Díganos si ha sido operado en otra ocasión y ha tenido algún problema con la anestesia.
- 4.- Como norma general no debe ingerir alimentos sólidos desde ocho horas antes de la anestesia ni líquidos desde cuatro horas antes. Comuníquenos si no le hubiese sido posible respetar este periodo de **ayuno**. Podrá tomar su **medicación habitual** y la medicación que le indique su médico con un poco de agua (un sorbo).
- 5.- Si es **fumador** deje de hacerlo con la mayor antelación a la anestesia como sea posible. Incluso 24 horas sin fumar son un beneficio.
- 6.- Indíquenos si lleva dentadura postiza, si tiene algún diente móvil, si lleva prótesis dental o si utiliza lentillas. No lleve los labios ni las uñas pintados.
- 7.- Si es usted mujer y puede estar **embarazada** es necesario que nos lo comunique.
- 8.- No se lleve a quirófano ningún objeto de valor ni metálico (prótesis dental, anillo, reloj, collar, medallas, gafas, piercing, lentillas etc).
- 9.- Si es posible venga **acompañado** al Hospital y recuerde que no debe conducir hasta pasadas 24 horas de la anestesia.

**Si usted tiene alguna sugerencia que nos permita mejorar le agradeceríamos que nos la transmitiera.**

### ¿Cuáles son los riesgos del proceder anestésico?

Actualmente la anestesia es muy segura. Sin embargo, siempre existe un riesgo. Como en todo procedimiento médico, **existe siempre un riesgo potencial** de muerte o de lesiones neurológicas, cardíacas, respiratorias o de otros órganos. Estas lesiones pueden ser transitorias o permanentes.

Toda técnica anestésica entraña un riesgo debido a la propia técnica. Este riesgo puede verse aumentado en función del procedimiento a que va a ser sometido, de las circunstancias que concurren en usted como paciente (edad, hábitos tóxicos, enfermedad actual, enfermedades asociadas, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación que está recibiendo, estado previo a la anestesia, etc) y de las complicaciones que surjan mientras se realiza.

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado de los beneficios y riesgos derivados de los procedimientos que usted precisa, debido a la enfermedad que padece. También tiene derecho a NO SER INFORMADO de los riesgos o detalles relacionados con la técnica anestésica que ha de serle practicada, AUTORIZANDO la realización de maniobras y procedimientos necesarios en su tratamiento.

**Si desea más información no dude en preguntar a su médico, que le atenderá con mucho gusto**

**ANESTESIA EN PROGRAMAS DE CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.  
CUESTIONARIO PREANESTÉSICO**

Remitido por el servicio de ..... para (procedimiento).....  
Al contestar a las siguientes preguntas usted nos da una información muy útil para la realización de la anestesia o sedación monitorizada. Por favor, marque con una cruz la respuesta (SI ó NO) que le parezca más adecuada a cada pregunta. Si le resulta difícil contestar a las preguntas pida ayuda al personal médico o de enfermería. Si a pesar de ello no está seguro de la respuesta déjela sin marcar. Tenga en cuenta que en la entrevista previa a la operación podrá preguntas al anesthesiólogo cualquier duda que tenga.

**Edad:.....Peso:.....Kg Talla:.....cm ; Alergias medicamentosas Si\_\_ No\_\_.....**  
Medicamentos que toma:.....  
Operaciones anteriores .....

ALERGIAS A MEDICAMENTOS.....	SI	NO
Otras alergias: Látex, Polvo, Pelo animales, Yodo.....	SI	NO
¿Tiene dientes flojos, partidos, postizos o puentes?.....	SI	NO
¿Usa lentillas de contacto?.....	SI	NO
¿Ha tenido problemas en anestesis previas ?.....	SI	NO
¿Tiene usted algún familiar que haya tenido problemas con la anestesia?.....	SI	NO
¿Fuma? N° cigarros/día:..... Fecha que dejó de fumar:.....	SI	NO
¿Consume usted alcohol?.....	SI	NO
¿Consume usted drogas?.....	SI	NO
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?.....	SI	NO
¿Está usted embarazada? Fecha última regla:.....	SI	NO
¿Es usted epiléptico o ha sufrido problemas cerebrales?.....	SI	NO
¿Ha tenido dolor en el pecho o sufre de enfermedades cardiacas?.....	SI	NO
¿Es usted hipertenso?.....	SI	NO
¿Tiene usted asma, bronquitis u otro problema pulmonar?.....	SI	NO
¿Ha sufrido úlceras o problemas de estómago?.....	SI	NO
¿Tiene usted hernia de hiato?.....	SI	NO
¿Ha tenido usted enfermedades del hígado?.....	SI	NO
¿Sufre de enfermedades de los riñones?.....	SI	NO
¿Es usted diabético? .....	SI	NO
¿Tiene problemas de tiroides?.....	SI	NO
¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad importante que no haya mencionado?.....	SI	NO

**CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA en CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

**- Usted va a ser sometido a un procedimiento ambulatorio con anestesia/sedación monitorizada. Para que está se realice en las mejores condiciones posibles, aumentando de esta forma su bienestar y seguridad, el anesthesiologo y personal cualificado, procederán a la canalización de una vena en un brazo, y a la monitorización de sus constantes vitales.**

- Los procedimientos anestésicos administrados en programas de Cirugía Ambulatoria **SUPONEN** que después de la intervención y tras pasar por los controles disponibles en la Unidad, podrá seguir la recuperación de la intervención en su domicilio. Para ello se compromete a seguir las instrucciones tanto preoperatorias como postoperatorias que le sean indicadas.

- Las instrucciones preoperatorias y postoperatorias se le indicarán verbalmente y por escrito. Básicamente se resumen en: guardar ayuno, disponer de una persona que le acompañe al hospital y despues en su domicilio durante 24 horas. No conducir. Cumplir el reposo y tomar la medicación que se le prescriba después. Asimismo informará a los Médicos encargados del control de su recuperación, de cualquier incidencia que aparezca.

-Aunque las complicaciones son raras, la administración de cualquier fármaco conlleva un riesgo de alteraciones hemodinámicas, respiratorias e incluso reacciones adversas graves como reacciones alérgicas a fármacos, látex o líquidos de reposición volémica. Además se le informa que existe la posibilidad de alguna situación inesperada en el perioperatorio (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), que puede requerir de algún procedimiento distinto o adicional a los previstos inicialmente.

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria y comprensible en qué consiste el procedimiento, su necesidad, las alternativas posibles, los riesgos inherentes a dicho procedimiento y los riesgos en relación con mis circunstancias personales:

He tenido la posibilidad de preguntar y he recibido respuesta satisfactoria a todas mis preguntas. Entiendo todo lo anterior y comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria. He podido resolver mis dudas y he tenido el adecuado periodo de reflexión

Por lo que de forma libre y siendo plenamente consciente y responsable de esta decisión, **AUTORIZO** mediante mi firma: La realización de la técnica anestesia y los procedimientos necesarios para la monitorización y mantenimiento de mis constantes vitales. La técnica regional más adecuada para el control del dolor durante el perioperatorio. La utilización del material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes o científicos respetando el anonimato

### DECLARACIONES Y FIRMA

<b>ETIQUETA</b> (En su defecto, indique nombre y ubicación del paciente)	
NOMBRE: .....	
CAMA: .....	NHC: .....
FECHA: ...../...../.....	

Como paciente o representante legal he recibido información clara y sencilla, oral y por escrito acerca del procedimiento anestésico a que voy a ser sometido:

En tales condiciones  **CONSIENTO**  **NO CONSIENTO**, a la práctica del procedimiento que se me propone por los profesionales que corresponda. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar personalmente al equipo médico del cambio de decisión.

En ..... a ..... de ..... de 200.....

Médico anesthesiólogo
-----------------------

Paciente
----------

Representante legal o tutor
-----------------------------

### REVOCACION

Por la firma presente declaro mi voluntad de revocar el consentimiento realizado con fecha ...../...../..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy en esta fecha por finalizado

En....., a ..... de ..... de 200.....

Paciente
----------

Representante legal o tutor
-----------------------------