

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-16

Anestesia Regional
(Anestesia Raquídea o Espinal)

Rev.06

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

El objetivo de la anestesia consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de sensibilidad y movilidad de la mitad inferior del cuerpo mediante la inyección de anestésicos alrededor de las raíces nerviosas en la columna vertebral lumbar.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANESTESIA REGIONAL (En qué consiste)

- Se debe instalar un acceso venoso (bránula) por donde se administraran los sueros y los fármacos necesarios según el estado del paciente y el tipo de cirugía prevista.
- La anestesia se aplica anestesiando la piel y luego pinchando la zona lumbar con una aguja muy fina (Trocar), que permite depositar anestésicos alrededor de las raíces nerviosas de la columna
- Durante la operación con este tipo de anestesia permanecerá despierto o sedado según determine el anestesiólogo la anestesia aplicada permite que usted sea operado sin dolor.
- El médico anestesiólogo es el encargado de realizar y controlar todo el proceso de la anestesia de principio a fin, procurando su máxima seguridad, comodidad y vigilancia durante el acto quirúrgico, así como de tratar todas las posibles complicaciones que pudieran surgir.
- En ocasiones, la anestesia raquídea puede no conseguir un nivel de bloqueo de los nervios suficiente para ejecutar la cirugía y es necesario recurrir a una anestesia general.
- Mediante diferentes aparatos se controlan y vigilan las funciones vitales cardíacas (frecuencia cardíaca), respiratorias (oximetría de pulso) y Hemodinámicas (presión arterial).

RIESGOS POTENCIALES DE LA ANESTESIA REGIONAL

- La administración de la anestesia, como sucede en todo procedimiento médico, conlleva algunos riesgos, relacionados a la edad del paciente, duración y complejidad de la intervención quirúrgica y estado de salud previo (ej.: arritmias, hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, obesidad, infarto cardíaco, shock de cualquier origen, hemorragias, etc.)
- Los riesgos no pueden suprimirse por completo. Es necesario que usted advierta de todas sus enfermedades, de alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, tratamiento con medicamentos o cualquier otra circunstancia relevante.
- La administración de sueros y medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia, pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas que pueden llegar a ser graves. Está desaconsejada la práctica sistemática de pruebas alérgicas a los fármacos que pueden emplearse durante la anestesia. Estas pruebas no están libres de riesgo y además, aun siendo su resultado negativo, no significa que no pudieran producir reacciones adversas cuando las empleamos durante la anestesia.
- Durante la anestesia se puede presentar baja de la presión arterial, alteraciones de la frecuencia cardíaca, náuseas y vómitos. Complicaciones poco frecuentes y que el anestesiólogo puede corregir oportunamente.
- En ocasiones excepcionales 24 a 48 hrs., después de la anestesia puede aparecer dolor de cabeza conocido como cefalea post raquídea o post punción dural cuyo tratamiento será reposo transitorio, uso de analgésicos comunes y/o un tratamiento específico a cargo del anestesiólogo (parche de sangre). Es una complicación muy poco frecuente que tiene tratamiento y que generalmente no deja secuelas.
- En algunos casos puede producirse retención de orina en el post operatorio inmediato, que requerirá el uso de una sonda a través de la uretra para vaciar la vejiga.
- Una vez finalizada la cirugía el paciente será trasladado a la unidad de recuperación, donde será vigilado y monitorizado hasta estar en condiciones de ser trasladado a su pieza.


QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En los casos en los que la anestesia regional no sea posible, o no se consiga por razones técnicas, puede ser necesario realizar una anestesia general.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Anestesia Regional</p> <p>(Anestesia Raquídea o Espinal)</p>	<p>FL-CDM-16</p> <hr/> <p>Rev.06</p>
---	---	--------------------------------------

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **ANESTESIA REGIONAL (ANESTESIA RAQUIDEA O ESPINAL).**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **ANESTESIA REGIONAL (ANESTESIA RAQUIDEA O ESPINAL).**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **ANESTESIA REGIONAL (ANESTESIA RAQUIDEA O ESPINAL).** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCAACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)