

FORMULARIO PARA REGISTRO



Consentimiento Informado ANESTESIA REGIONAL (Analgesia / Anestesia epidural lumbar)

FL-CDM-127

Rev. 01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO:

La técnica anestésica de bloqueo anestésico epidural se usa en distintas circunstancias quirúrgicas, pero su ejecución y complicaciones son similares.

1-En el trabajo de parto:

El propósito principal de la analgesia epidural es atenuar o eliminar los dolores durante la progresión del trabajo de parto.

2- En cirugía general:

Puede aplicarse como técnica anestésica única, pero generalmente se aplica como complemento de una anestesia general a fin de mejorar la calidad anestésica y , además , permite administrar anestésico y analgésicos en forma única o continua a través del catéter para analgesia post operatoria.

EN QUE CONSISTE:

- La anestesia / analgesia epidural consiste en inyectar a nivel de la columna lumbar anestésicos locales y/o analgésicos alrededor de la membrana que rodea la medula espinal (espacio epidural). Una vez desinfectada la zona de punción el anesthesiologo hará una infiltración con anestésicos locales en la piel, en este lugar se introducirá una aguja especial (trocar) para acceder al espacio epidural e inyectar los anestésicos. Un tubo fino de plástico, llamado catéter epidural, se introducirá a través de esta aguja retirándola a continuación. A través de este tubo se administrara la medicación que se requiera según las necesidades.
- En el trabajo de parto no hay garantía de quedar absolutamente libre de dolor, casi siempre conservara la sensibilidad de la piel y notara la sensación de peso o presión de las contracciones.
- Como cualquier acto anestésico, la paciente será vigilada y monitorizada de sus signos vitales hemodinámicos y respiratorios por el medio del aparato de toma de presión, oximetría de pulso y electrocardiograma, según indicación del anesthesiologo.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Para disminuir la posibilidad de riesgos y /o complicaciones, el anesthesiologo valorará cuidadosamente mi situación antes del bloqueo epidural, tomará todas las medidas de seguridad necesarias y proveerá el tratamiento adecuado en caso de complicaciones.


Los riesgos de una anestesia/analgesia epidural son habitualmente escasos, aunque pueden presentarse complicaciones y efectos secundarios:

- Descenso de la presión arterial.
- Escalofríos.
- Punción lumbar con el trocar dificultosa o imposible de realizar
- Dolor de espalda en la zona de punción
- Analgesia incompleta
- Las complicaciones por lesión neurológicas con parálisis irreversibles como consecuencia de infecciones, hemorragias en el espacio epidural o daño directo en las estructuras nerviosas son excepcionales
- Rara vez puede presentarse dolor de cabeza o cefalea post punción lumbar si durante el procedimiento de instalación del trocar o catéter se produce punción accidental de la duramadre.
- Esto puede prolongar la estadía hospitalaria y requiere tratamiento específico a cargo del anesthesiologo. Es una complicación muy poco frecuente, que tiene tratamiento y que generalmente no deja secuela.
- Inyección de fármacos anestésicos en el territorio venoso epidural con riesgo de toxicidad. Principalmente cardiológico (arritmias) y neurológicas (convulsiones, coma).
- La administración de sueros y fármacos de rutina durante la anestesia y parto pueden producir excepcionalmente, reacciones alérgicas que pueden llegar a ser graves.
- Otras complicaciones poco frecuentes son: nauseas, vómitos y retención de orina en el post parto inmediato

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>Consentimiento Informado</p> <p>ANESTESIA REGIONAL (Analgesia / Anestesia epidural lumbar)</p>	<p>FL-CDM-127</p>
		<p>Rev. 01</p>

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.

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

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, 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 nombre.

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 una **ANESTESIA REGIONAL (ANALGESIA / ANESTESIA EPIDURAL LUMBAR)**
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ANESTESIA REGIONAL (ANALGESIA / ANESTESIA EPIDURAL LUMBAR)**

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia, con la **ANESTESIA REGIONAL (ANALGESIA / ANESTESIA EPIDURAL LUMBAR)**, 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____