

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-15

### Anestesia General

Rev. 04

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:

El objetivo de la anestesia consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de conciencia, analgesia y relajación muscular. Ello permite que el paciente sea operado sin sufrir dolor, administrando fármacos anestésicos por vía intravenosa y/o inhalatoria, procurando la máxima seguridad, comodidad y vigilancia durante el acto quirúrgico.

#### EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA GENERAL

Para ello, es preciso instalar un acceso venoso a través de la punción de una vena y la introducción de una bránula (catéter venoso) por la que se administrarán los sueros y los fármacos necesarios según la situación del paciente y el tipo de cirugía prevista.

Durante la anestesia general, al estar dormido y relajado, es necesario mantener la respiración de forma artificial. Para ello, se necesita colocar un tubo plástico a través de la boca o de la nariz, que llega hasta la tráquea (tubo endotraqueal) o en la laringe (ej.: máscara laringea). Estos dispositivos se conectan a un aparato de ventilación artificial (ventilador mecánico) cuya función será la de mantener la respiración durante la operación.

El médico anestesiólogo es el encargado de realizar y controlar todos los procesos de la anestesia general de principio a fin, así como de tratar todas las posibles complicaciones que pudieran surgir. Mediante diferentes métodos clínicos y aparatos, se controlan y vigilan las funciones vitales, cardíacas (frecuencia cardíaca), respiratorias (oximetría de pulso y capnografía), cerebrales (BIS) y Hemodinámicas (presión arterial).

En determinadas cirugías el anestesiólogo puede complementar la anestesia general con bloqueos de nervios específicos (bloqueo de plexo o nervios) o una anestesia regional (anestesia espinal o anestesia epidural), a fin de mejorar la calidad anestésica y analgesia pos operatoria.

#### RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL

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 todos sus enfermedades, de alergias, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, tratamiento con medicamentos o cualquier otra circunstancia relevante. Dentro de los riesgos se puede contar:

- Pinchazos repetidos por dificultad en la introducción del catéter venoso (bránula).
- En algunas ocasiones, la introducción del tubo traqueal o cualquier otro dispositivo en la tráquea o en la faringe, puede presentar gran dificultad (ej.: pacientes obesos, con cuello corto, malformaciones faciales, alteraciones de la dentadura, entre otros), requiriendo el anestesiólogo usar técnicas y aparatos especiales que puedan ocasionar rotura de piezas dentales y lesiones en las mucosas de la zona. Bajo esta circunstancia puede ocurrir una mala oxigenación cerebral con posible daño neurológico transitorio o permanente.
- Durante la anestesia general y debido a que se encuentra dormido y sin reflejos (relajación muscular), puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago, ocasionando problemas respiratorios que pueden llegar a ser importantes. Es una complicación grave pero poco frecuente. Una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto desde al menos 8 horas antes de la intervención.
- Debido a la manipulación de la vía aérea (laringe y tráquea) puede ocurrir laringoespasma y/o broncoespasmo que puede afectar la oxigenación sanguínea en los pulmones. En ambos casos existe tratamiento para solucionarlo.
- A veces, debido al estado previo del paciente o por complicaciones intraoperatoria, el anestesiólogo colocara otros accesos en venas (vía venosa central) o en arterias (línea arterial) a fin de controlar mejor los signos vitales y administrar otros medicamentos necesarios, así como la colocación de una sonda vesical y/o nasogástrica.
- 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 rutinaria de pruebas alérgicas a los fármacos anestésicos que pueden emplearse durante la anestesia. Estas pruebas no están libres de riesgo y además, aún siendo su resultado negativo, no significa que no pudieran producir reacciones adversas cuando las empleamos durante la anestesia.
- 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. Durante este periodo el paciente podrá presentar algunas molestias como: dolor en la herida operatoria, desorientación, ronquera, tos, escalofríos, dolor de cabeza, dolor en el sitio de la punción, náuseas, vómitos, depresión respiratoria, baja de la presión arterial, arritmias, etc. Para todas estas molestias existen tratamientos para ayudar a suprimirlas y en general son de carácter transitorio.
- 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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Anestesia General

FL-CDM-15

Rev. 04

RIESGOS PERSONALIZADOS

---



---

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

---



---

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, 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 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 GENERAL**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **ANESTESIA GENERAL**

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 una ANESTESIA GENERAL, 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 \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

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 \_\_\_\_\_