


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-17
	Bloqueo del Nervio Periférico (Extremidad Superior)	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

Mediante el bloqueo anestésico de los nervios de la extremidad superior lograr insensibilidad y bloqueo motriz que permita una intervención quirúrgica sin dolor y secundariamente muy buena analgesia post operatoria.

EN QUE CONSISTE EL BLOQUEO DE NERVIO PERIFERICO

- Esta anestesia se realiza en el área de pabellones, es ejecutada por un medico anestesiólogo.
- 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. Habitualmente se administra sedantes al paciente, para que este cómodo y tranquilo.
- Como en todo acto anestésico el paciente será monitorizado en sus parámetros cardiovasculares (frecuencia cardíaca, presión arterial) y respiratorios (oximetría de pulso) en forma continua durante toda la intervención quirúrgica.
- En muchas ocasiones debido a las características del paciente, tipo de cirugía o posiciones quirúrgicas debe administrarse además una anestesia general.
- Existen varios puntos en el trayecto de los nervios desde el cuello hasta el brazo en donde es posible aplicar los anestésicos para lograr bloquear o anestesiarse los nervios (también denominados plexo braquial). Estos son cuello, sobre o bajo la clavícula o en la axila.
- Para ubicar los nervios se puede usar un neuroestimulador eléctrico (que produce pequeños calambres sin dolor) y/o una ecografía para localizar exactamente el nervio a anestesiarse. A veces, se necesitan varias punciones del plexo y algunos bloqueos en nervios más pequeños (cerca del codo o de la muñeca).
- Una vez ubicado los nervios se deposita alrededor de los nervios el anestésico local.
- Cuando se logra un buen efecto, el paciente queda casi libre de dolor en el post operatorio, por lo menos durante las primeras ocho a doce horas desde la inyección de anestésico local.

RIESGOS DEL BLOQUEO DE NERVIO PERIFERICO

Complicaciones precoces:

- Dolor en el sitio de punción, habitualmente mejora en poco tiempo con analgésicos.
- Síncope vagal. Se acompaña de sensación de frío o calor, sudoración y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con medicamentos administrados por el anestesiólogo.

Complicaciones tardías:

- Hematoma o equimosis en el sitio de punción (moretón), rara vez puede infectarse.
- Dolor o anestesia persistente en el sitio de punción, habitualmente mejora con el tiempo.

Complicaciones muy raras:


- Lesión de la pleura del pulmón (neumotórax) , requiere instalar un tubo de plástico en el tórax para sacar el aire que escapa del pulmón puncionado .
- Intoxicación por anestésico local.
- Lesión neurológica definitiva, es muy poco frecuente.
- La administración de sueros y de medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia puede producir, excepcionalmente reacciones alérgicas que pueden llegar a ser graves.
- Mientras se mantiene anestesiado el miembro superior, el paciente debe vigilar y proteger esa parte de su cuerpo, para evitar que ocurran quemaduras, golpes o cortes accidentales que podrían pasar inadvertidos.
- Si la anestesia obtenida es insuficiente para realizar la operación, el anestesiólogo puede recurrir a administrarle una anestesia general.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En general, esta técnica es muy segura, por eso se sigue usando hace muchos años.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Bloqueo del Nervio Periférico (Extremidad Superior)</p>	<p>FL-CDM-17</p>
		<p>Rev. 04</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 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 a 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 **BLOQUEO DEL NERVI PERIFÉRICO (EXTREMIDAD SUPERIOR)**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **BLOQUEO DEL NERVI PERIFÉRICO (EXTREMIDAD SUPERIOR)**

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 el **BLOQUEO DEL NERVI PERIFERICO (EXTRMIDAD SUPERIOR)**, 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 _____