

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICAR ANESTESIA NEUROAXIAL

Lugar y Fecha:

Nombre:

No. de Expediente:

Edad del paciente:

Identificado con:

Nombre del Familiar Responsable:

Identificado con:

Representante Legal:

Identificado con:

INFORMACION GENERAL

La anestesia neuroaxial es cada vez más utilizada para las intervenciones localizadas, de corta duración y porque permite un mejor tratamiento del dolor.

La anestesia neuroaxial permite adormecer sólo la parte del cuerpo sobre la cual se realizará la intervención quirúrgica, inyectando el producto anestésico cerca de los nervios. La persona anestesiada puede permanecer sedada durante la intervención. La anestesia neuroaxial es aplicada cada vez más en más intervenciones quirúrgicas.

En qué consiste la anestesia neuroaxial:

La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor. En estos casos de anestesia no general -en los que usted permanecerá despierto o sedado- se le administrará el anestésico mediante inyección de anestesia en la columna vertebral para anestesiar la zona donde se le va a intervenir.

El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo este proceso de principio a fin y tratar las complicaciones que pudieran surgir.

Riesgos Típicos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

La administración de los sueros y los medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario.

Es necesario que usted sepa que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos medicamentos anestésicos, al igual que ocurre con el resto de los medicamentos. Además, aun cuando se hayan realizado pruebas de alergias a medicamentos no están libres de riesgo y, aun siendo su resultado negativo, los medicamentos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas, produciendo los efectos de

una anestesia general que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de la presión arterial, convulsiones, etc.

Generalmente estas complicaciones se solucionan, pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general.

Como consecuencia de su estado clínico, puede ser necesario transfundirle sangre (o algún derivado de ella) que procede de donantes sanos que no reciben ninguna compensación económica por la donación.

Cada donación es analizada con técnicas de máxima precisión para la detección de determinadas enfermedades infecciosas (p. ej.: hepatitis, SIDA, etc.) que se transmiten por la sangre. A pesar de ello, la sangre y/o sus componentes pueden seguir transmitiendo esas enfermedades, aunque con un riesgo de muy baja frecuencia.

Al igual que los medicamentos, la sangre y sus componentes pueden dar lugar a reacciones transfusionales.

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

Tras la administración de la anestesia regional pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, que desaparecen en los días posteriores.

Es posible, después de este tipo de anestesia, que queden molestias en la zona, con sensación de hormigueo, generalmente pasajeros.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Beneficios Esperados

Una salida del hospital el mismo día, 2 a 5 horas después de la intervención; estar consciente o sedado durante la intervención quirúrgica; la posibilidad de beber agua después de la intervención; la disminución del dolor postoperatorio; la posibilidad de poder ser efectuada de urgencia; facilita la movilidad y el transporte; disminución de náuseas y vómitos; una acción más rápida y una disminución de los riesgos de infecciones nosocomiales gracias a una hospitalización menos larga.

RIESGOS PERSONALIZADOS

OTRAS ALTERNATIVAS: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA.

Yo : _____
por medio de la presente acepto y autorizo al personal de este hospital para que sea realizada la ANESTESIA NEUROAXIAL Y/O ANESTESIA GENERAL.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, Así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM -004–SSA3- 2012 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Paciente
Quien se Identifica con: _____

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Familiar
Responsable

Nombre y Firma del Médico
Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con: _____

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con: _____

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo : _____
de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente
Quien se Identifica con: _____

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Familiar
Responsable

Nombre y Firma del Médico
Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con: _____

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con: _____