



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

F-HC-4
Versión 2

Yo, _____, identificado con _____, obrando en la calidad abajo indicada, en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante o par médico, otorgo mi consentimiento para que el Grupo de Anestesia de la Clínica CES me suministre la ANESTESIA que considere adecuada para el procedimiento quirúrgico considerado necesario y justificado, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

La medicina en todas sus áreas, la cual incluye la cirugía y la anestesia, son consideradas como ciencias no exactas, y por tanto no es posible garantizar un resultado final, por tanto a continuación usted leerá una serie de aclaraciones sobre el acto anestésico, los posibles riesgos y consecuencias de este, para que bajo plena libertad usted autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico. Hace constar que al paciente y/o a su familia se les dio a conocer los aspectos más importantes sobre el acto anestésico al que será sometido, los efectos colaterales, las posibles alternativas de manejo, así como las complicaciones más frecuentes o graves que se puedan presentar durante la ejecución del mismo.

El acto anestésico tiene como fin evitar la percepción del dolor durante el procedimiento quirúrgico, y por consiguiente atenuar todo tipo de trauma fisiológico y/o psicológico al que estaría expuesto si fuese de otra manera.

Según el tipo de anestesia utilizado, podrían presentarse algunos efectos adversos y/o complicaciones imprevisibles.

La ANESTESIA GENERAL es una técnica anestésica en la que el paciente no está consciente durante su procedimiento quirúrgico, y es aplicada a través de medicamentos por vía intravenosa y/o por vía inhalatoria, y es mantenida por medio de gases los cuales son aplicados a través del paso de un dispositivo especial en la vía aérea del paciente, o con una máscara facial.

La aplicación de esta técnica puede tener algunos efectos adversos, los cuales leerá a continuación: Náuseas, vómito, trastornos del comportamiento, trastornos del sueño, recordar intraoperatorio (este efecto es en paciente urgente principalmente) problemas cardiorrespiratorios como crisis asmáticas, dificultad para respirar, ronquera, trastornos del ritmo cardiaco, cambios súbitos en la presión arterial (presión muy alta o muy baja), úlceras corneales entre otros.

Además para mantener la anestesia general es necesario en ocasiones colocar en la boca del paciente un tubo que permite administrar oxígeno durante todo el procedimiento, y durante su colocación y de acuerdo con las condiciones y anatomía del paciente en particular, puede fracturarse o caerse un diente, presentarse daño en coronas o prótesis, laceración en labios y cavidad oral y/o dolor en el cuello.

La ANESTESIA CONDUCTIVA es la técnica anestésica conocida como anestesia Epidural o anestesia Raquídea, en la que por medio de una punción en la región de la columna, se alcanza el espacio epidural o raquídeo inyectándose el anestésico. Esto producirá anestesia del sitio quirúrgico. Produciendo pérdida de la sensibilidad y de la respuesta motora desde el sitio de la punción hasta los miembros inferiores.

Las posibles complicaciones de esta técnica con una frecuencia muy baja pero con un grado importante de severidad son: infecciones del sistema nervioso central, hematoma epidural, lesión nerviosa.

ANESTESIA REGIONAL, PERIFERICA O DE BLOQUEOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

F-HC-4
Versión 2

Esta técnica pretende dar anestesia localizada en el sitio de la cirugía, poniendo una inyección en el plexo nervioso más cercano. Esto producirá una pérdida de la fuerza muscular y de la sensibilidad en la extremidad a bloquear.

Las complicaciones específicas de esta técnica son, Neuropatía, hematomas, absorción intra vascular, convulsión, trauma directo por ausencia de sensibilidad, en caso de bloqueo oftálmico adicionalmente pueden existir perforación ocular, hemorragia, absorción sistema nervioso central.

EN GENERAL TODO TIPO DE ANESTESIA PUEDE TENER RIESGOS MAYORES LOS CUALES SON DE MUY BAJA FRECUENCIA PERO SE DEBEN CONOCER

Reacciones anafilácticas a medicamentos, trombo embolismo pulmonar, arritmias Malignas, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vasculares e incluso la muerte.

Los medicamentos que está tomando pueden causar complicaciones con la anestesia y la cirugía, por lo cual es deber del paciente informar sobre todo tipo de medicamentos que está consumiendo al momento de la evaluación pre anestésica como aspirina, licor, cigarrillo, narcóticos, marihuana, etc.

Durante el procedimiento, una monitoria invasiva podría ser necesaria, lo cual trae riesgos adicionales a la técnica anestésica como sangrado, neumotórax e infección.

Esto es raro que suceda y el uso de la monitoría es según el criterio del anesthesiologo según el estado del paciente y el tipo de cirugía a la cual está sometido.

Durante la operación o en el post operatorio inmediato puede requerir la administración de sangre o de sus derivados lo cual, a pesar de estar bajo estricto cuidado y análisis por el laboratorio, puede traer complicaciones como reacción alérgica, transmisión de enfermedades, y/o sobrecarga de líquidos administrados.

Es necesario guardar 8 horas de ayuno antes de la cirugía; no debe comer ni beber nada, esto incluye no masticar chicle pues el comer puede llevar a que el alimento que está en el estomago del paciente pueda pasar a la vía aérea del paciente, lo que llevaría a una severa complicación respiratoria y pulmonar. No debe fumar el día de la cirugía.

Es necesario decirle al anesthesiologo si hay duda de estar en embarazo, por el riesgo que tiene de presentarse malformaciones congénitas en el bebé, o precipitar un aborto, principalmente si es sometida a un procedimiento quirúrgico en el primer trimestre del embarazo.

Es de gran importancia conocer si el paciente ha tenido alguna complicación previa con un procedimiento anestésico anterior, por lo que es obligación del paciente realizar un historia detallada de los hechos previos que pudieran ser de importancia

El anesthesiologo que le realizó la consulta de pre anestesia no necesariamente será quien le aplicará su anestesia, por lo cual el plan anestésico puede ser modificado si las condiciones cambian. Por consiguiente queda autorizado el anesthesiologo el día de la cirugía de realizar ampliaciones o modificaciones que a juicio profesional este crea oportunas.

Por ser una institución docente asistencial usted será atendido por un especialista en anestesia que podrá estar acompañado de personal en entrenamiento.

Una vez conocidos los posibles problemas a los que me puedo enfrentar, admito que el Dr. _____ me ha aclarado las dudas y me ha explicado las diferentes técnicas anestésicas a las cuales puedo tener acceso el día de mi cirugía:

ANESTESIA GENERAL
ANESTESIA REGIONAL O BLOQUEO

ANESTESIA CONDUCTIVA
ANESTESIA LOCAL ASISTIDA

He escuchado las explicaciones del doctor acerca del tipo de anestesia que puedo recibir, sus beneficios riesgos y consecuencias previstas más comunes así como de sus alternativas y acepto la técnica que para su juicio sea la más indicada.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

F-HC-4
Versión 2

Entiendo que el tipo de anestesia puede variar si las circunstancias lo ameritan por lo que le doy libertad a mi anesthesiologo de decidir lo que a su juicio más me convenga.

Entiendo lo que estoy firmando con libertad de voluntad.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI___ NO___

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI___ NO___

Firma del paciente o representante: _____

Fecha del consentimiento: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas, procedimiento especial propuesto y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, pariente/representante comprenden completamente lo que he explicado.

OTRAS CONSIDERACIONES:

Nombre del Médico anesthesiologo:_____ Firma del Médico:_____

CC.No. _____ de _____ Registro Médico N° _____