



Consentimiento Informado Para
Anestesia Obstétrica
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Anestesia Obstétrica

Consentimiento Informado –Anestesiología

Consentimiento informado para Anestesia Obstétrica

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la aplicación anestésica de:

.....

ANESTESIA OBSTÉTRICA

Para tener su bebé a usted se le aplicara anestesia, la que tiene algunas diferencias si su bebé nace por parto o por cesárea

CESÁREA

Cuando usted ingrese a pabellón para tener su bebé por cesárea, e le pondrá un electrocardiograma que es equipo para ver continuamente el ritmo y frecuencia del corazón, un Dinamap que es un monitor que mide continuamente la presión arterial apretando un brazo o una pierna y un oxímetro de pulso que es una pinza que se pone en un dedo generalmente de la mano y mide el oxígeno en la sangre.

La Matrona le pondrá un suero en la vena y luego el anesthesiólogo le pondrá una anestesia espinal, que consiste en poner anestésico local dentro de la columna, para anestesiar los nervios que comunican el cerebro con el abdomen y las piernas. Mientras dure la anestesia usted sentirá las piernas y el abdomen dormidos y muy pesados, incluso puede creer que respira mal porque no siente el movimiento normal de la respiración, pero esa molestia desaparece al sacar al bebé y terminar el efecto anestésico, también es muy frecuente tener náuseas y vómitos transitorios. Después de la cirugía usted será trasladada a la unidad de recuperación hasta que recupere el movimiento de las piernas.

PARTO

Para tener su hijo por parto, usted ingresará a la sala de pre parto de la clínica donde será evaluada por su matrona y/o obstetra. Cuando ellos lo estimen solicitaran al anesthesiólogo una analgesia de conducción de parto, que es la "Peridural", ésta consiste en poner anestésico local en la columna, pero no directamente donde nacen los nervios (como en la anestesia espinal), si no que en el espacio Peridural que está más alejado de la médula. Con esta técnica el anesthesiólogo inyecta anestésico en la cantidad adecuada para que según el momento del parto dejen de doler las contracciones uterinas y además deja puesto un catéter para administrar más anestesia posteriormente. Con esta técnica usted sentirá claramente lo que le pase a su cuerpo, eso es muy importante para que pueda pujar cuando sea necesario. El objetivo de esta anestesia es que usted no sufra dolor, o que sienta algunas pequeñas molestias tolerables y guarde un buen recuerdo de su parto.

Si fracasa el parto y su obstetra indica cesárea, se administra más anestésico por el catéter, pero debido a que esta anestesia no bloquea completamente las sensaciones ni la movilidad, usted podrá sentir durante la cesárea que la tocan, que el obstetra empuja, corta y etc., pero nada de eso dolerá, Si la anestesia es insuficiente (como ocurre a veces con la Peridural para cesárea, el anesthesiólogo cambiara la técnica anestésica a una anestesia espinal o a una anestesia general)

COMPLICACIONES

Ambas técnicas son muy seguras, pero no están exentas de riesgo de complicaciones agudas (Baja de Presión), sub agudas como cefalea que ocurre en un 1-3% de las pacientes o crónicas como es el daño neurológico (esta es una complicación rarísima).

Complicaciones graves

La anestesia Peridural tiene algunas complicaciones que a pesar de su baja frecuencia son muy graves, están son: la anestesia espinal total y la toxicidad por anestésicos locales. Ambas pueden dejar secuelas graves y/o ser mortales.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice la modalidad anestésica de:

.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).