

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ANESTESIA OBSTÉTRICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE ANESTESIA OBSTÉTRICA

Anestesia Obstétrica, para tener su bebé a usted se le aplicará 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, se 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 solicitarán 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 dolor de espalda, cefalea que ocurre en un 1-3% de las pacientes, hemorragia subaracnoidea que puede tener mortalidad (1 en 100.000 pacientes), hematoma peridural que requiere una cirugía de urgencia para descomprimir la medula 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.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir traslado a otra unidad de mayor complejidad, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Tipo de Anestesia: _____

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Anestesia Obstétrica** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA OBSTÉTRICA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)