

INFORME SOBRE LA ANESTESIA

Este documento está dirigido a usted, para su información.

Estimado/a paciente

La realización exitosa del procedimiento/intervención que se le ha propuesto y al que usted ha aceptado someterse, requiere el uso de anestesia.

El médico anestesista es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para el caso, dependiendo de la intervención o procedimiento que se va a realizar y las condiciones de salud del paciente.

Se puede distinguir entre dos posibles tipos de anestesia:

- **Anestesia general:** Hay pérdida total de conciencia durante la cirugía y así una supresión de la sensibilidad y dolor causado por la cirugía. Los agentes anestésicos se administran por vía endovenosa. Normalmente es necesario asistir la respiración del paciente mediante una máquina (respirador) que solamente se instalará y se quitará en el paciente completamente dormido.
- **Anestesia regional:** Se anula la sensibilidad y la capacidad de mover uno o más miembros o parte de un miembro. La duración de la anestesia depende del medicamento utilizado, pero varía entre 2-6 horas.
- En el caso de la **anestesia peridural o intradural** se introduce un anestésico local por la espalda dentro del denominado espacio epidural (o intradural) donde actúa sobre las terminaciones nerviosas cuando salen de la médula. Usted será despierto durante la intervención, puede escuchar música por auriculares y, si desea, recibir sedación si haga falta. Excepcionalmente puede ser necesario convertir a una anestesia general cuando la anestesia regional no es completa o insuficiente.

Por lo general, la anestesia y la sedación son seguras para la mayoría de los pacientes.

Independientemente del nivel de sedación o anestesia que recibirán, los pacientes permanecen monitorizados y vigilados continuamente. P.ej. respiración y función cardiovascular. Así que solo en pocos casos se producen complicaciones significantes. Excepcionalmente se pueden producir daños neurológicos causados por una anestesia regional o la posición durante la intervención quirúrgica. No nos hacemos responsables de daños a los dientes. Riesgos adicionales existen en cuanto será necesario colocar sondas vesicales o catéteres especiales (arteriales o venosos centrales) o se deben administrar sangre o componentes sanguíneos (transfusión). Aquí también, el riesgo de complicaciones es muy bajo.

Con técnicas de recuperación de la sangre propia, se pueden minimizar estos riesgos.

Molestias típicas de carácter leve y transitorio causada por la anestesia que pueden ocurrir en el **post-operatorio son:** náusea y vómitos, dolor de garganta y ronquera (anestesia general) o problemas de retención urinaria y cefaleas (anestesia regional) . Serán tratados inmediatamente de forma adecuada.

El Dolor significa un 'estrés' para el cuerpo y a parte de malestar y sufrimiento causa un esfuerzo para el corazón, la respiración, la circulación y el metabolismo. Un tratamiento temprano de los dolores impide esta reacción de 'estrés' y favorece un estado sin dolores. Así que por favor comunican a la enfermera cuando empiece a tener dolor.

Para vuestra seguridad, les rogamos vuestra colaboración

Para evaluar su estado de salud y sus posibles antecedentes, les pedimos rellenar cuidadosamente el cuestionario siguiente sin omitir información importante. Basado en este cuestionario y otras pruebas realizadas le propondremos la técnica de anestesia correcta para Usted.

Por favor respete los puntos siguientes:

1. Acude al hospital en ayunas y si posible sin fumar **6 horas antes de la cita de operación prevista** (para operación de cataratas son suficiente 4 horas). Pequeñas cantidades de líquidos claros y café negro se pueden tomar hasta 2 horas antes de la operación. Estar en ayunas ayuda a prevenir las nauseas y vómitos después de la anestesia.
Para niños hay instrucciones de ayunas diferentes: Puede informarse sobre ellos hablando con su medico o llamando al anestesista de guardia (Tel. 041 784 03 33)
2. Por favor avise su anestesista si sufre de un constipado, dolor de garganta, tos etc.
3. Avise de implantes dentales, dientes sueltos o dentadura postiza. Los últimos solo se tienen que quitarse si esta previsto una anestesia general.
4. En caso de que se someterá a una **cirugía ambulatoria**, tendrá que permanecer en el hospital durante 2-6 horas de observación. Déjense acompañar a casa por un familiar o bien por un taxi. Aciértense quien les puede cuidar una vez en casa. Por causa de los anestésicos su tiempo de reacción es mas lento que normal. NO conduzca ni trabaje con maquinas ni beba alcohol.
5. Existen medicamentos que contienen el **ácido acetilsalicílico** (Aspirina, Alka-C, Aspro, Alka-Seltzer, Plavix, Treupel, Togat oder Contraschmerz) y que aumentan el riesgo de hemorragia. Algunos de ellos se tienen que dejar antes de una intervención quirúrgica. Pregunten **su medico cirujano o medico especialista**. Como sustitución puede tomar calmantes tipo **paracetamol** (Panadol, Gelocatil, Benuron, Acetalgin). También las medicaciones de cefaleas especiales se pueden tomar (Tonopan, Sumatriptan, Zomig).

Para cualquier duda puede contactar con el medico anestesista de guardia (Tel. 041 784 03 33)

Puede separar esta pagina si desea guardarla con sus documentos

CUESTIONARIO PACIENTE

Este documento lo vuelve por favor llena.

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Altura: _____

Operación: _____ Fecha: _____

1. Esta actualmente recibiendo tratamiento medico? si no
Si es así, por qué razón? _____

2. Ha sido operado una vez? De qué y cuando? si no
a) _____
b) _____
c) _____

3. Hubo complicaciones durante la operación o la anestesia? si no

4. Tiene antecedentes de intolerancia a la anestesia en familiares? si no

5. Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? si no
Hubo complicaciones? _____ si no

6. Que medicación esta tomando actualmente? si no

7. Tiene alergias conocidas de medicamentos, esparadrappo o alergia alimentaria? si no
Cuales? _____

Sufre de polinosis? si no

8. Esta embarazada? si no

9. Tiene dentadura artificial (dientes implantados, carillas, dentadura postiza)? si no

Tiene dientes sueltos? si no

10. Fuma usted? si no

Si es así, cuántos cigarrillos por día? _____

11. Bebe alcohol habitualmente? si no

12. Toma drogas? Somníferos? Calmantes? si no
Cuales? _____

13. Lleva aparato auditivo? si no

Padece de una de las enfermedades siguientes ? (Subrayar lo correspondiente)

14. Padece del corazón (p.ej. infarto, angina, soplo, se ahoga subiendo escaleras, arritmias o palpitaciones, inflamación del miocardio)? si no

Continuación

Padece de una de las enfermedades siguientes ? (Subrayar lo correspondiente)

- | | | |
|---|--|--|
| 14. Padece del corazón (p.ej. infarto, angina, soplo, se ahoga subiendo escaleras, arritmias o palpitaciones, inflamación del miocardio)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 15. Enfermedades vasculares (p.ej. tensión arterial alta o baja, problemas de circulación, trombosis, varices)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 16. Enfermedades del pulmón, asma, bronquitis, tos crónica, tuberculosis? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 17. Enfermedades de riñón, infección crónica del riñón o de la vejiga? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 18. Enfermedades del hígado (p.ej. ictericia, hepatitis, cirrosis)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 19. Enfermedades gastrointestinales, úlceras gástricas, reflujo gástrico, vómitos ? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 20. Enfermedades del metabolismo (p.ej. diabetes, intolerancia a la fructosa) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 21. Enfermedades del la tiroides (p.ej. hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 22. Enfermedades psiquiátricas, depresión, epilepsia, parálisis? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 23. Sufre a menudo de cefalea, migraña, dolores de columna? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 24. Enfermedades de la sangre o coagulación (p.ej. hematomas o hemorragia después de intervenciones anteriores o en el dentista)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 25. Miopatías o miastenia?
Existen familiares con miopatías conocidas? | <input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> no |
| 26. Otras enfermedades que no fueron mencionados?
Cuales? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Preguntas sobre su estado de salud

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 27. Esta capaz de hacer deporte moderado? (Bicicleta, caminar)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 28. Puede subir uno o dos pisos por escalera? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 29. Puede mantener su casa (limpiar, lavar, etc)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 30. Tiene dificultades para respirar en su día a día (disnea)?
Si contesta que si, en que situación ocurre? _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 31. En su día a día padece del corazón? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Consentimiento

He hablado la forma de anestesia y sus riesgos con el anestesista y doy mi consentimiento para proceder con el procedimiento indicado.

Fecha: _____ Firma del paciente: _____

El paciente fue informado el día de (fecha) _____

Firma del medico anestesista _____