

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANALGESIA OBSTÉTRICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en inyectar unos medicamentos que se llaman anestésicos locales en la zona baja de la columna vertebral, lo que permite dormir desde el abdomen hacia abajo (piernas incluidas), mientras que usted está consciente (despierta).

El anestésico se puede administrar de forma continua a través de un tubo muy fino (catéter) que se coloca cerca de la médula espinal y de las raíces nerviosas, por fuera de una cubierta llamada duramadre (técnica epidural), o introduciendo el anestésico de una sola vez a través de una aguja muy fina más profundamente y más cerca aún de la médula espinal y de las raíces nerviosas (dentro de lo que se llama el espacio subaracnoideo).

En ocasiones la analgesia obstétrica por la debilidad que produce en las piernas dificulta o impide que camine libremente, por lo que puede que deba permanecer en la cama.

La finalidad de esta técnica es el alivio parcial o total del dolor asociado al parto. No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto. Por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio trabajo de parto.

A veces, durante el parto pueden surgir complicaciones que necesitan la realización de una cesárea, y por tanto, es necesario cambiar la analgesia obstétrica por una anestesia más profunda que permita realizar la intervención.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Es posible que no sienta la sensación de necesidad de empujar cuando sale el bebé por lo que debe atender a las indicaciones de matronas y obstetras para empujar voluntariamente.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Riesgos frecuentes:

- Descenso de la presión arterial: Se aplicará, si lo necesita, el tratamiento necesario.
- Temblores.
- Punción difícil o imposible de realizar.
- Fallo de la analgesia: en ese caso, hay alternativas como son recolocar el catéter, inyectar más anestésico, etc.
- Dolor de cabeza o de espalda. Suelen desaparecer en unos días, aunque a veces necesitan tratamiento.
- Picor en la cara o abdomen, es pasajero y se debe a la medicación.
- Dificultad para orinar.
- Náuseas y vómitos.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infecciones o sangrado en la columna.
- De forma excepcional, el anestésico local puede pasar a su sangre y provocar complicaciones graves en su corazón y en su sistema nervioso (parada cardiaca, convulsiones e incluso la muerte).

- Lesión de un nervio de las piernas. Produce hormigueos, dolor o pérdida de fuerza. Por lo general son pasajeros, aunque pueden ser permanentes.
- Sangrado intracraneal y/o meningitis.
- Reacciones alérgicas.
- Rotura de la aguja o del catéter.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia conocida a fármacos a utilizar.
- Infección general o local (en el lugar de la punción).
- Enfermedades neurológicas (por ejemplo, esclerosis múltiple).
- Alteraciones de la coagulación de la sangre.
- Tratamiento anticoagulante o antiagregante plaquetario no adecuadamente suspendido.
- Falta de colaboración de la paciente.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La alternativa a la técnica es:

- Administración de analgésicos vía intravenosa o inhalatoria.

AUTORIZACIÓN PARA “ANALGESIA OBSTÉTRICA”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de Anestesia
y Reanimación

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: