

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en cambiar de forma manual la posición del feto con presentación de nalgas a una presentación de cabeza. Se realiza a partir de las 37 semanas de gestación, existen pocas probabilidades después de este tiempo de que el feto cambie su posición de forma espontánea.

Antes de la realización de la maniobra se administra sedación y medicación para relajar el útero y en algunos casos anestesia regional raquídea. Así se facilita la técnica y el procedimiento es menos doloroso y mejor tolerado para la madre.

La técnica consiste en realizar una presión mantenida con las manos sobre el abdomen de la embarazada, tratando de desplazar las nalgas en la dirección adecuada para facilitar la bajada de la cabeza del feto hacia la pelvis. A veces hay que hacer repetir la maniobra para conseguir la posición adecuada. Todo el proceso se hace bajo control ecográfico y monitorización de la frecuencia cardiaca del feto.



La finalidad de la técnica es favorecer el parto vaginal y evitar una cesárea y los riesgos que conlleva su realización, así como, evitar que el bebé nazca de forma prematura, si se produce alguna complicación.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor.
- Sangrado vaginal que suele ser leve.
- Inicio del parto o rotura prematura de membranas (muy ocasional).
- Alteración de la frecuencia cardiaca del feto que en muy pocos casos se mantiene en el tiempo y requeriría hacer una cesárea urgente.
- Desprendimiento de placenta, en tal caso habría que hacer cesárea urgente.
- Tránsito feto materno.
- Rotura del útero.

- De forma muy excepcional grave pérdida de bienestar fetal o muerte fetal.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea, aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

- Placenta previa.
- Riesgo de transmisión de una infección de la madre al feto.
- Sospecha de desprendimiento de la placenta.
- Preeclampsia severa (presión arterial elevada) no controlada.
- Malformación del útero que impida el parto vaginal o el procedimiento.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Permitir el parto vaginal con el feto en presentación de nalgas, asumiendo sus riesgos.
- Practicar una cesárea programada.

AUTORIZACIÓN PARA "VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA"

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.

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: Servicio de:

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: