

**SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
Y REANIMACIÓN / UNIDAD DEL
DOLOR**



(pegatina) o:
Nombre y apellidos.....
.....
.....
Edad..... NHC.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

NEGATIVA DE INFORMACIÓN (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)

* No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero **SÍ** acepto la realización de dicho procedimiento o intervención.

* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:

.....

Firma paciente

DNI nº:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La anestesia epidural tiene como finalidad anular o hacer mas soportable el dolor producido por las contracciones del útero. Durante la misma usted permanece “despierta”.

- **En qué consiste. Para qué sirve:** Existen diversos métodos para controlar el dolor durante el parto, siendo la analgesia epidural y sus variantes (analgesia intradural o intradural-epidural combinado) los procedimientos analgésicos que más se utilizan en la actualidad.
- **Cómo se realiza:** Se realiza cuando se ha iniciado el parto (cuando hay contracciones uterinas); sin embargo deberá tenerse en cuenta que cualquier actuación ha de estar sujeta al criterio del especialista.

La técnica consiste en la administración de fármacos (anestésicos locales y/o analgésicos) en una zona de la columna vertebral conocida como “espacio epidural”. Los fármacos se administran a través de un catéter (tubo de plástico muy fino) que se introduce en este espacio con una aguja especial. Para evitar las molestias de la colocación del catéter, se aplica un anestésico local en la zona baja de la espalda.

Debe Ud. saber que en algunos pacientes el acceso al interior de la columna (al espacio epidural) puede resultar muy complejo por alteraciones que existan en la propia columna, o por otras causas, por lo que es posible que después de algunos intentos no se pueda realizar la anestesia.

- **Qué efectos le producirá:** El principal efecto, tanto de los anestésicos locales como de los fármacos analgésicos, es que le producirán un alivio importante del dolor durante las contracciones uterinas y el periodo expulsivo. La analgesia epidural dura todo el tiempo que dura el parto. Es normal sentir adormecimiento o debilidad temporal en las piernas. La analgesia epidural no aumenta la realización de cesáreas.
- **En qué le beneficiará:** El alivio del dolor durante todo el proceso del parto hará que éste sea más confortable. La analgesia epidural posibilita que la madre permanezca constantemente despierta y pueda colaborar eficazmente en el nacimiento de su hijo/a. Al disminuir el dolor, llegará menos cansada al momento final del parto y podrá empujar mejor. Si el parto finaliza en fórceps o cesárea se puede utilizar el catéter para la anestesia.

RIESGOS:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y el procedimiento no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer.

- Los más frecuentes:
 - Alivio parcial del dolor.
 - A veces es necesario recolocar de nuevo el catéter.
 - Picor en la cara o abdomen.

- Náuseas, vómitos o temblores.
 - Descenso de la tensión arterial.
 - Pérdida de fuerza de forma transitoria en los miembros inferiores.
 - Dificultad para orinar en el postoperatorio inmediato.
 - Aumento del porcentaje de parto instrumentado (fórceps, ventosas,)
 - Dolor de cabeza que puede requerir un tratamiento específico.
 - Dolor en la zona de punción de la espalda y/o en la espalda (lumbalgia).
- Los más graves:
 - Paso del anestésico a la sangre provocando complicaciones graves como hipotensión arterial, arritmias cardíacas, shock y convulsiones.
 - Meningitis.
 - Hematoma epidural (acúmulo de sangre entre la capa que cubre la médula espinal que conocemos con el nombre de "duramadre" y la propia médula espinal). Esta complicación se suele manifestar con pérdida de fuerza y hormigueo en miembros inferiores que puede incluso ser permanente sino se trata a tiempo.
 - Debilidad o parálisis de los miembros inferiores.
 - Pueden producirse, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves, pero tienen carácter extraordinario.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

.....

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La administración de analgésicos por vía intravenosa o intramuscular. En su caso consideramos más adecuada:

OBSERVACIONES:

.....

Declaraciones y firmas:

PACIENTE

- DECLARO Que he sido informado suficientemente y con antelación por el médico, del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos, complicaciones, beneficios esperables y alternativas. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran derivarse o producirse por el procedimiento propiamente dicho, o por complicaciones del mismo.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- AUTORIZO al equipo del servicio de Anestesiología colaboradores o ayudantes seleccionados para la realización del procedimiento descrito.
- Con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico,

CONSIENTO

NO CONSIENTO

la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo responsable el Hospital de Getafe de los citados ficheros.

- Asimismo,

CONSIENTO

NO CONSIENTO

para que todo el material de mi historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información pueda ser publicado en una revista médica, congreso médico o curso que los facultativos del servicio de Anestesiología consideren pertinentes con fines científicos y docentes.

- En caso de que se produzca un Accidente con Riesgo Biológico para un trabajador durante el procedimiento que se me va a practicar

CONSIENTO

NO CONSIENTO

me realicen una extracción sanguínea para la determinación de serología del virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C y VIH. Los resultados obtenidos serán incluidos en su Historia Clínica personal y se trataran con los criterios de confidencialidad de la relación médico-paciente.

Firma del paciente y DNI

Fecha...../...../ 20.....

REPRESENTANTE

D./D^a..... con D.N.I.

En calidad de doy mi consentimiento en los términos arriba referidos.

Firma

Fecha...../...../ 20.....

MÉDICO RESPONSABLE

.....

Firma

Fecha...../...../ 20.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Anulo el consentimiento firmado en este documento. Me han sido explicadas las consecuencias que, sobre la evolución de la enfermedad que padezco / padece el paciente, esta anulación pudiera derivar, y en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante

Fecha...../...../ 20.....