



## DOCUMENTO de CONSENTIMIENTO INFORMADO del PROCEDIMIENTO de ANALGESIA - ANESTESIA OBSTÉTRICA

### Información

#### 1. Explicación del procedimiento de analgesia-anestesia locoregional

**¿En qué consiste?:** La analgesia espinal (epidural, intradural o combinada) elimina la sensación dolorosa producida por el trabajo de parto.

**¿Cómo se realiza?:** Mediante una punción en la zona lumbar, localizando un espacio próximo a la columna, donde se inyectan anestésicos locales y otros fármacos para calmar el dolor. No es una punción dolorosa.

La realiza siempre un especialista anestesiólogo. Si fuera necesaria la extracción del bebé con ayuda de fórceps o una cesárea, esta anestesia sería suficiente ya que puede administrarse una cantidad adicional de anestésico local por el catéter epidural. Si hay alguna contraindicación médica (alteración de las pruebas de coagulación, infección de la piel...) para la técnica de anestesia locoregional, el anestesiólogo decidirá la mejor opción alternativa para ayudarle a controlar el dolor.

**¿Cuándo se realiza?:** Cuando hay dolor y el ginecólogo indica el inicio de la analgesia (una vez valoradas las condiciones del parto), se pone en contacto con el anestesiólogo, quién realizará la técnica

**¿Qué se espera?:** Que haya una disminución gradual del dolor. Las contracciones pueden notarse pero sin ser dolorosas. Lo ideal es no alterar la dinámica del parto y respetar el reflejo de pujo (poder empujar). Las piernas no se duermen totalmente, notándose sensación de pesadez.

#### 2. Riesgos generales que implica

A pesar de su seguridad, presenta riesgos como cualquier otra técnica y, por tanto, la posibilidad de que se produzcan complicaciones. La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja, y cuando aparecen suelen ser leves en la mayoría de los casos. Las complicaciones graves son extremadamente raras.

**Los riesgos más frecuentes, pero poco importantes, son:** Puede favorecer la aparición de disminución de la tensión arterial, pero es de fácil prevención y tratamiento. Punción vascular (sin paso de fármaco al torrente sanguíneo) que en ocasiones obliga a repetir la técnica epidural. Analgesia insuficiente que se puede dar en un 5% de los casos y puede requerir una segunda punción. Cefalea post-punción (dolor de cabeza), la cual aparece unas horas después del parto, que se da en menos del 2% de las epidurales; la mayoría de las veces se soluciona con los calmantes habituales. Punción difícil o imposible (espalda desviada, movimiento constante de la paciente...). Temblores. Dolor en el punto de punción. También puede darse aumento de parto instrumentado (fórceps, espátulas).

**Los riesgos más graves pero muy poco frecuentes son:** Complicaciones neurológicas, anestesia espinal total, inyección intra-vascular (con paso de fármaco al torrente sanguíneo). Son excepcionales las complicaciones infecciosas espinales, el hematoma epidural y las reacciones alérgicas.

#### 3. Riesgos personales ( si existen)

.....  
.....

En algunos casos puede estar indicada una **anestesia general**, por contraindicación de la anestesia locoregional. La anestesia general presenta como **riesgos más graves** en las embarazadas: la dificultad en la intubación traqueal (introducción de un tubo en la tráquea) y la aspiración de contenido gástrico al pulmón.

#### 4. Ampliación de la información

Si cree que no dispone de suficiente información y quiere ampliarla, o desea aclarar dudas, solicítelo al anestesiólogo antes de someterse al procedimiento, incluso el mismo día del parto.



SAP de la SCART

**Consentimiento**

El SR./SRA ..... declara que:

- ◆ Se le ha proporcionado y comprendido con claridad la información sobre la naturaleza y objetivos de este procedimiento, y que también se le han explicado los riesgos más frecuentes así como las complicaciones graves del mismo.
- ◆ También conoce las posibles alternativas al procedimiento y los riesgos personales.
- ◆ Ha tenido oportunidad de ampliar la información y  **SI**  **NO** autoriza la realización del mismo.
- ◆ Conoce también la posibilidad de revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMA del PACIENTE

FIRMA y SELLO del MÉDICO que INFORMA

FIRMA del TUTOR LEGAL o REPRESENTANTE

....., a ..... de ..... de .....

**Revocación**

El SR./SRA ..... declara que:

Ha decidido revocar el presente consentimiento por el/los siguiente/s motivos .....

.....

.....

FIRMA del PACIENTE

FIRMA y SELLO del MÉDICO TESTIGO

FIRMA del TUTOR LEGAL o REPRESENTANTE

.....,a....de.....de .....

- ◆ Este documento ha sido creado en concordancia con la legislación vigente.