



# SEDAR

Sociedad Española de Anestesiología,  
y Terapéutica del Dolor

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
ANALGESIA  
EPIDURAL  
OBSTETRICA**

Etiqueta  
Nombre:  
Apellidos:  
NHC:  
Fecha:

## Identificación del procedimiento: Perspectivas

s

- \_ La maternidad es una experiencia muy gratificante, aunque el trabajo de parto es **doloroso**.
- \_ Existe diversos métodos para el **control del dolor asociado al trabajo de parto**, siendo la ANALGESIA EPIDURAL y sus variantes (analgesia intradural o combinada epidural-intradural) los procedimientos analgésicos **mas efectivos**.
- \_ Es una técnica muy poco dolorosa, realizada en la propia habitación por un **facultativo especialista en anestesiología**. En los Hospitales Universitarios, pueden participar los Residentes en proceso de formación.
- \_ Consiste en la introducción de un **anestésico local y/o opiáceo en el espacio epidural** de la paciente, a nivel lumbar.
- \_ Requiere la **colaboración** de la paciente para poder realizar la técnica con seguridad.
- \_ Para mantener la **administración continua** durante todo el proceso de parto, se perfunde a través de un catéter situado en el espacio epidural, mediante un dispositivo electrónico de perfusión controlada por la propia paciente (PCEA).
- \_ El momento de su aplicación debe ser **individualizado**, siendo el dolor materno el factor determinante.

## Objetivos y beneficios que se esperan alcanzar

s

- \_ **Suprimir o aliviar** el dolor asociado a las contracciones uterinas durante el periodo de dilatación y el trabajo de parto.
- \_ Permite a la madre **colaborar** mas eficazmente en el nacimiento de su hijo/a.
- \_ No podemos asegurar que **siempre** vaya a controlar **totalmente** el dolor asociado al proceso de parto.
- \_ Se intentará no alterar la **dinámica del parto**, manteniendo las sensaciones de tacto y presión, para facilitar el reflejo de pujos.
- \_ Permite **reconvertir** la analgesia epidural en anestesia epidural si el parto requiere instrumentalización o la realización de cesárea.
- \_ La analgesia epidural **no incrementa el índice de cesáreas**, ni afecta al APGAR fetal, pero puede alargar la duración del parto.
- \_ Referencias actualizadas: [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2018 May 21;5:CD000331

## Alternativas razonables al procedimiento

s

- \_ Existen diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas que también alivian el dolor asociado al parto:
  - .Farmacológicas: Remifentanilo IV; Oxido nitrroso INH; Analgésicos IV; analgésicos IM
  - .No Farmacológicas: Neuroestimulación; Psicoprofilaxis; Musicoterapia; Acupuntura; técnicas Relajación
- \_ En los casos en que la epidural esté contraindicada o no sea posible por razones médicas o técnicas.

## Contraindicaciones: absolutas o relativas

s

- \_ Absolutas: Rechazo de la paciente; Coagulopatía, Sepsis, Dermatitis local o infección lugar punción, alergia a fármacos
- \_ Relativas: Enfermedades Sistema Nervioso Periférico, intervenciones vertebrales, hipotensión ...

## Riesgos asociados: frecuentes y poco frecuentes

s

- \_ La frecuencia de complicaciones es muy baja, en general de carácter leve, siendo las complicaciones graves muy raras(0.7/10000)

### .Frecuentes:

- .Dificultad para la punción. Punciones repetidas. Disminución de la tensión arterial (1/50)
- .Disminución movilidad de las piernas durante el periodo dilatación
- .Molestias locales/Dolor de espalda (1/8000)
- .Analgesia insuficiente: unilateral, parcheada que requiere recolocación cateter o incluso repetir la técnica.
- .Naúseas, vómitos, calambres, temblores o picores. Retención de orina
- .Cefalea post-punción accidental meníngea (1/150). Intensa, limitante, requiere tratamiento médico y puede alargar el ingreso

### .Poco frecuentes:

- .Imposibilidad de realizar la técnica. Rotura de aguja o catéter. Bloqueo epidural alto. Fracaso de la analgesia.
- .Incremento de la incidencia parto instrumental: forceps, ventosa, espátulas
- .Alteraciones motoras generalmente transitorias, pero que pueden requerir tratamiento médico (1/1000)
- .Punción intravascular, con riesgo de toxicidad neurológica (convulsiones, coma) o cardiológicas (arritmias, parada) (1/9000)
- .Complicaciones neurológicas: absceso epidural, hematoma epidural o subdural (1/50000), meningitis (1/100.000)
- .Reacción alérgica o intolerancia a los fármacos o instrumentos utilizados

**Riesgos personalizados : específicos del paciente y asociados al embarazo** o

\_ Riesgos personalizados:

.Debe informarnos de: posibles alergias medicamentosas, tendencia al sangrado, enfermedades concomitantes, medicaciones actuales, sobre todo antiagregantes y/o anticoagulantes o cualquier otra circunstancia importante.

.Debido a su estado de salud y situación clínica:

.....  
.....

.Pueden estar incrementados la frecuencia y gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....  
.....

\_Riesgos asociados al embarazo:

.Dolor de espalda, acidez gástrica y regurgitación

.Anemia e hipotensión

.Mayor sensibilidad a anestésicos locales

.Mayor dificultad control de la vía aérea

\_El acto médico podría no agotarse en si mismo y requerir una actuación posterior para conseguir el objetivo consentido.

**Intervención quirúrgica/procedimiento anestésico** o

\_ En mi situación concreta, para poder efectuar el procedimiento/Intervención de :

.....

\_ Se propone la realización preferente de una técnica anestésica :

Anestesia Epidural     Anestesia Combinada Epidural/Intradural     Anestesia IV con Remifentanilo     Anestesia Intradural

**Declaraciones y firmas** o

Sr/Sra..... DNI .....

Sr/Sra ..... DNI .....

en calidad de representante legal

Que el Dr/Dra. ....

me ha explicado la pertinencia de la administración la técnica anestésica indicada en mi situación y **declaro** que:

\_ He recibido **información clara y sencilla**, oral y escrita, sobre el procedimiento que se me practicará.

\_ He **entendido** las explicaciones del equipo médico sobre el procedimiento y porqué se hace.

\_ Me han **explicado los riesgos y los beneficios**, teniendo en cuenta mis circunstancias personales.

\_ Me han explicado las **alternativas** y las consecuencias inherentes a la no realización del procedimiento.

\_ Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, comunicando esta decisión al equipo médico, y sin perjuicio de la atención que se me preste.

Por lo cual **autorizo** de forma libre y voluntaria que se me realice el procedimiento propuesto.

....., ..... de ..... de 202.....

Firma paciente/representante

Firma Dr./Dra: (Nombre, Apellidos, Nº colegiado)

**Rechazo, Revocación, Renuncia derecho información, Material gráfico o biológico** o

Sr/Sra ..... DNI .....

Manifiesto mi **rechazo al procedimiento anestésico propuesto**.

Manifiesto mi **renuncia al derecho de información**.

Manifiesto mi deseo de **revocación del consentimiento** anteriormente suscrito, dejando sin efecto el mismo.

Siendo intervenida en un Hospital Universitario, **autorizo** la utilización de **material gráfico o biológico** resultado del procedimiento, el cual puede ser susceptible de ser almacenado y usado sólo con fines docentes o científicos

Deseo realizar las siguientes observaciones:

....., ..... de ..... de 202.....

Firma paciente/representante

Firma Dr./Dra: (Nombre, Apellidos, Nº colegiado)

\_ Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

\_ Ley 15/1999 orgánica de Protección de Datos y su incorporación y tratamiento en ficheros sanitarios con fines asistenciales, gestión, investigación y docencia.