



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
Hospital de Cabueñes  
GIJÓN

Servicio de Anestesiología y Reanimación  
Tratamiento del Dolor

Nº Historia _____	Nº S.S. _____
Primer apellido _____	
Segundo apellido _____	
Nombre _____	Sexo _____
Edad _____	Fecha de nacimiento _____

## CONSENTIMIENTO PARA ANALGESIA EPIDURAL

Le informamos que el procedimiento anestésico que usted ha elegido es voluntario y como tal no resulta imprescindible para la evolución normal del parto. Además existen circunstancias anatómicas que pueden hacer muy dificultosa o imposibilitar la ejecución de la técnica (cirugía previa de la columna vertebral, malformaciones congénitas, lesiones medulares, etc.).

### EN QUE CONSISTE LA ANALGESIA EPIDURAL

La analgesia epidural es una técnica realizada por un médico anestesiólogo que consiste en la colocación de un catéter (tubo muy fino flexible) en el espacio epidural, que se encuentra localizado en la espalda. Este espacio tiene en su interior grasa y vasos sanguíneos; no contiene estructuras nerviosas, ya que está separado de ellas por una membrana llamada duramadre.

La punción se realiza con la paciente sentada o acostada sobre el lado izquierdo (posición fetal) en el espacio comprendido entre dos vértebras lumbares, con una aguja a través de la cual se coloca el catéter. Una vez comprobada la correcta colocación del mismo se procede a introducir por él la medicación destinada a proporcionar la analgesia durante el trabajo del parto.

El catéter será colocado cuando el médico obstetra establezca el diagnóstico de parto en curso.

Al decir analgesia nos referimos a una alivio en los dolores del parto, no se trata de una anestesia, por lo cual usted tendrá en ocasiones molestias correspondientes a las contracciones uterinas. También debe saber que al disminuir la sensación dolorosa, disminuyen las ganas de empujar al final del parto, por lo que puede precisar una ayuda instrumental (ventosa, fórceps, espátulas). Durante todo el procedimiento, tanto usted como su hijo estarán monitorizados y vigilados por personal especializado.

Debe recordar que usted no es una enferma, por lo que debe colaborar en todo momento con el equipo de obstetras, matronas y anestesiólogos, siguiendo sus indicaciones para que el parto se desarrolle en las mejores condiciones y sea lo más natural posible. Puede ocurrir que al llegar al paritorio su parto esté finalizado o a punto de finalizar; en ese caso el beneficio obtenido quizá no compense el someterse a una punción epidural: déjese asesorar.

### RIESGOS TÍPICOS DE LA ANALGESIA EPIDURAL

Las complicaciones más frecuentes son: analgesia incompleta, dolores de cabeza, dolor de espalda. Menos frecuentemente pueden aparecer otras complicaciones: lesión neurológica, hematoma epidural, anestesia intradural, reacciones alérgicas, intoxicación por anestésicos locales, infecciones, rotura del catéter, etc. Estas complicaciones son casi siempre controladas, pero en algún caso requieren tratamientos alternativos, de los que se le informará si fuese preciso.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

Otros riesgos dependen de la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, anemia, obesidad, hepatopatía, insuficiencia renal, complicaciones propias del embarazo de alto riesgo).

En su caso personal, dada su patología, sus riesgos son: .....

.....

.....

También le informamos que, en caso de ser necesaria una CESÁREA, se puede utilizar el catéter para administrar anestésicos locales y realizar una anestesia regional epidural.

**DECLARO** que he sido informado por el médico de los riesgos de la anestesia, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento, sin necesidad de explicar la causa.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Por ello, **SOLICITO Y CONSIENTO** que se me realice **PUNCIÓN EN EL ESPACIO EPIDURAL Y COLOCACIÓN DE UN CATÉTER PARA ADMINISTRACIÓN A SU TRAVÉS DE FÁRMACOS DESTINADOS A DISMINUIR EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DELPARTO.**

En Gijón, a ..... de ..... de .....

Firma del MÉDICO que informa

Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Dr./Dra. ....

Fdo.: D/D<sup>a</sup> .....

(nombre y dos apellidos)

Colegiado N<sup>o</sup> .....

D.N.I. ....

Parentesco .....

---

**REVOCO EL CONSENTIMIENTO ANTERIORMENTE PRESTADO.**

En Gijón, a ..... de ..... de .....

Firma del MÉDICO

Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Dr./Dra. ....

Fdo.: D/D<sup>a</sup> .....

(nombre y dos apellidos)

Colegiado n<sup>o</sup> .....

D.N.I. ....

Parentesco .....

(Carácter con el que actúa: padre, madre, tutor.....)