**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

**ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA**

**Gestantes que ingresen al Hospital Regional de Moniquirá en trabajo de parto y que soliciten analgesia peridural.**

Manejo analgésico de pacientes en trabajo de parto

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR**

El propósito principal de la Analgesia Epidural es atenuar o eliminar los dolores durante la progresión del trabajo de parto. No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto. Por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio trabajo de parto. En caso de cesárea puede realizarse la misma técnica, con modificación de las dosis de anestésico.

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 más efectivos. El momento de su aplicación debe ser individualizado, siendo el dolor materno el factor determinante.

La anestesia/analgesia epidural consiste en inyectar anestésicos locales y/o analgésicos alrededor de la membrana que rodea la médula espinal (espacio epidural). Una vez desinfectada la zona de punción el anestesiólogo hará́ una infiltración local con un anestésico proporcionando adormecimiento en un área pequeña, a través de la cual se introducirá́ una aguja especial para acceder al espacio epidural. Un tubo fino de plástico, llamado catéter epidural, se introducirá́ a través de esta aguja retirándola a continuación. A través de este tubo se administrará la medicación que se requiera según las necesidades. El/la anestesiólogo/a me ha explicado también la existencia de otros posibles procedimientos analgésicos alternativos.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

Los riesgos de una anestesia/analgesia epidural son habitualmente escasos, aunque pueden presentarse complicaciones y efectos secundarios, aun cuando sea vigilada cuidadosamente y el anestesiólogo tome precauciones especiales para evitarlas. Entre estos riesgos:

Frecuentes:

* Dificultad para la punción. Punciones repetidas. Dolor en la punción
* Disminución de la tensión arterial
* Temblores
* Disminución movilidad de las piernas durante el periodo dilatación
* Molestias locales/Dolor de espalda
* Analgesia insuficiente: unilateral, parcheada que requiere recolocación catéter o incluso repetir la técnica.
* Náuseas, vómitos, calambres, temblores o picores. Retención de orina
* Cefalea post-punción accidental meníngea 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: fórceps, ventosa, espátulas
* Alteraciones motoras generalmente transitorias, pero que pueden requerir tratamiento médico
* Punción extravascular, con riesgo de toxicidad neurológica (convulsiones, coma) o cardiológicas (arritmias, parada cardiaca, muerte)
* Complicaciones neurológicas: acceso epidural, hematoma epidural o subdural, meningitis, entre otros.
* Reacción alérgica o intolerancia a los fármacos o instrumentos utilizados
* Alteraciones en la perfusión fetal secundario a problemas maternos con el consecuente riesgo en el bienestar fetal, parada cardiaca, muerte.

Para disminuir la posibilidad de riesgos y/o complicaciones, el anestesiólogo valorará cuidadosamente la situación antes del bloqueo epidural, tomará todas las medidas de seguridad necesarias y proveerá́ el tratamiento especial durante el procedimiento.

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

* Dolor de parto
* Elevación de presión arterial, frecuencia cardiaca con sus repercusiones en el bienestar materno y fetal.
* Ansiedad y miedo.

**RIESGOS PERSONALIZADOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BENEFICIOS**

* 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 más 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. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 21;5:CD000331

**Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Existen diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas que también alivian el dolor asociado al parto:

* Farmacológicas: Remifentanilo IV; Oxido nitroso INH; Analgésicos IV; analgésicos IM
* No Farmacológicas: Neuroestimulación; Psicprofilaxis; Musicoterapia; Acupuntura; técnicas Relajación

En los casos en que la epidural esté contraindicada o no sea posible por razones médicas o técnicas.

**Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FÍSICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente**  |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL**

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como testigo de la atención del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente si existe**  |  |  |  |
| **Profesional o testigo**  |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional asistencial** |  |  |  |

**RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO**

Acatar las orientaciones de los especialistas en ginecología y anestesiología para cada caso