



# SEDAR

Sociedad Española de Anestesiología,  
y Terapéutica del Dolor

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
ANALGESIA  
OBSTETRICA  
REMIFENTANILO**

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**.
- \_ Existen situaciones en las que está **contraindicada** la analgesia epidural debido a : enfermedad cardiaca materna grave, instrumentación o deformidades de columna, sepsis o infección local, antiagregantes/anticoagulantes.
- \_ Las **especiales** características farmacológicas del opioide Remifentanilo posibilitan su utilización para el control del dolor asociado al trabajo de parto bajo, bajo unas ciertas medidas de seguridad tanto maternas como fetales.
- \_ Para mantener la **administración** continuada durante todo el proceso de parto, se requiere de una via venosa, conectada al fármaco a través de un dispositivo electrónico de perfusión que puede ser controlada por la propia paciente (PCA).
- \_ El momento de su aplicación debe ser **individualizado**, siendo el dolor materno el factor determinante.
- \_ Reduce el dolor severo asociado al parto, pero no lo suprime. Puede requerir ajuste de dosis conforme avanze el parto.

## 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.
- \_ No altera la **dinámica del parto**, manteniendo las sensaciones de tacto y presión, para facilitar el reflejo de pujos.
- \_ El remifentanilo IV **no incrementa el índice de cesáreas**, pero puede afectar al APGAR fetal, siendo aconsejable retirarlo en la fase final del periodo expulsivo.
- \_ Referencias actualizadas: [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2017 April 13;DOI: 10.1002/14651858.CD011989.pub2

## Alternativas razonables al procedimiento

s

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

## Contraindicaciones: absolutas o relativas

s

- \_ Absolutas: Rechazo de la paciente; alergia a opioides; administración opiáceos 4h previas, Apnea obstructiva severa
- \_ Relativas: Obesidad mórbida

## Riesgos asociados maternos y fetales:

s

### \_ Maternos

#### .Frecuentes:

- .Sedación materna leve (1/3)
- .Episodios de hipoventilación y desaturación materna que pueden precisar oxigenoterapia suplementaria
- .Analgesia insuficiente: requiere recajaste de dosis
- .Náuseas, vómitos o prurito

#### .Poco frecuentes:

- .Depresión respiratoria que puede requerir medidas adicionales de ventilación para su control
- .Administración accidental inadecuada
- .Rigidez torácica, sensación de dificultad respiratoria.

### \_ Fetales

- \_ Variaciones transitorias de la FC fetal.
- \_ Depresión respiratoria fetal, que puede requerir maniobras de reanimación neonatal

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

o

**\_ Riesgos personalizados:**

.Debe informarnos de: posibles alergias medicamentosas, enfermedades concomitantes, medicaciones actuales, sobre todo antidepresivos y/o sedantes 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 de 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, N° 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, N° colegiado)