

Historia Clínica para Obstetricia (4)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTO VAGINAL

Existen distintos procedimientos dentro de la asistencia al parto habitualmente utilizados, como la ruptura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante gota a gota, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía, a fin de ampliar el canal de parto, que me han sido explicados y que expresamente autorizo, comprendiendo que, aunque seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones.

Durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas serán vigilados de acuerdo con el curso y la situación del parto.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos

Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformando el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son: Riesgo de pérdida de bienestar fetal; prolapso de cordón después de la ruptura de la bolsa amniótica y que pone la vida fetal en grave peligro; infección materna o fetal; trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto; hematomas en el aparato genital; lesiones y esquinces del canal de parto (cervicales, vaginales, vulgares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso ruptura uterina –complicación muy grave–); complicaciones debidas a la alteración de las contracciones uterinas, el tamaño del feto, su mala posición o a alteraciones anatómicas de la madre; falta de progresión normal del parto; dificultades en la extracción del feto; riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía postparto; shock obstétrico; shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada; riesgo excepcional de mortalidad materna, actualmente estimado en España en 3-4/10.000. La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o a acortar el parto inmediatamente, siendo necesaria la práctica de una intervención obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto instrumentada con ventosa, espátulas o fórceps), a fin de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la técnica en sí como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

Las decisiones médicas y/o quirúrgicas que deban tomarse durante el transcurso del parto serán a juicio del obstetra, tanto por lo que respecta a la indicación como al tipo de procedimiento que se utilice, si bien yo misma o mi representante legal seremos informados de ello dentro de lo posible, siempre que la urgencia o las circunstancias lo permitan. La atención médica del parto será realizada por un equipo de profesionales (obstetras, anestesiólogos, neonatólogos, comadronas, enfermeras) con funciones específicas. Entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.

Riesgos personalizados

Me comprometo a seguir las precauciones y tratamientos, en su caso, que deberé seguir después de la intervención, que se me han explicado.

He podido preguntar y he recibido respuestas claras, comprensibles y satisfactorias a mis consultas, los riesgos inherentes al procedimiento y los particulares derivados de mis circunstancias personales. Sé que puedo cambiar la decisión que ahora tomo y negarme a la realización del procedimiento, informando a los médicos de mi cambio de decisión.

Por tanto, **autorizo que se me realice la asistencia a mi parto.**

Médico/a Paciente o representante legal Familiar o acompañante

Nombre Nombre Nombre
Nº colegiado/a DNI DNI

Orden de revocación del documento de consentimiento informado para asistencia al parto

Yo,, mayor de edad, con DNI....., con plena capacidad de obrar y de forma libre revoco y dejo sin efecto el presente documento de consentimiento informado.

Lugar y fecha

Médico/a Paciente o representante legal

Nombre Nombre
Nº colegiado/a DNI

Historia Clínica para Obstetricia (5)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA PROGRAMADA

La cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal.

La indicación de una cesárea es debida a que las circunstancias actuales de mi gestación y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un riesgo mayor respecto a morbilidad y mortalidad para la madre o para el feto y, por tanto, no existen alternativas que ofrezcan más garantías para mi futuro hijo y para mí.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos

Todas las intervenciones quirúrgicas, tanto por la técnica en sí como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) llevan implícitas una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que se trata de una modalidad de parto), como hemorragia, atonía uterina, endometritis que, ocasionalmente, podrían derivar en otras más graves como trastornos de la coagulación e infección generalizada y, por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y/o eventración postquirúrgica.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

Riesgos personalizados

No se puede descartar a priori que, en el transcurso de la intervención programada, surja la necesidad de una transfusión sanguínea que, en cualquier caso, se realizaría con las garantías necesarias y por parte de personal facultativo cualificado.

Qué alternativas hay

No existen alternativas que ofrezcan más garantías para el bebé y para la madre.

He podido preguntar y he recibido respuestas claras, comprensibles y satisfactorias a mis consultas, los riesgos inherentes al procedimiento y los particulares derivados de mis circunstancias personales. Sé que puedo cambiar la decisión que ahora tomo y negarme a la realización del procedimiento, informando a los médicos de mi cambio de decisión.

Por tanto, **autorizo que se me practique una cesárea programada.**

Médico/a Paciente o representante legal Familiar o acompañante

Nombre Nombre Nombre
Nº Colegiado/a DNI DNI

Orden de revocación del documento de consentimiento informado para cesárea

Yo,, mayor de edad, con DNI....., con plena capacidad de obrar y de forma libre, revoco y dejo sin efecto el presente documento de consentimiento informado.

Lloc i data

Médico/a Pacient o representant legal

Nombre Nombre
Nº Colegiado/a DNI

Historia clínica para obstetricia



INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA LA PACIENTE

Historia Clínica para el ingreso

Es el documento que usted tiene en sus manos. Deberá haber sido cumplimentado por su médico, quien reflejará en él todas las informaciones que usted le comunique y otras que considere relevantes para su ingreso en el Hospital y para la realización del procedimiento programado.

• Nombre, dosis y frecuencia de los medicamentos que toma habitualmente. Cuando llegue al Hospital, diríjase al Servicio de Admisiones (planta baja).

Documento de Voluntades Anticipadas

La ley regula el derecho del enfermo a dejar instrucciones que deban tenerse en cuenta en caso de que su estado de salud no le permita expresar su voluntad. Puede manifestarle a su médico el deseo de realizar voluntades anticipadas y, si lo hace, informe de ello a sus familiares. En cualquier caso, en el momento de su ingreso la enfermera le preguntará si desea hacer constar sus voluntades anticipadas. El documento se incorporará a su Historia Clínica y permanecerá en el Hospital para tenerlo en cuenta en futuros ingresos.

Custodia de la documentación clínica

El hospital es depositario de toda la documentación que forma su Historia Clínica y tiene la obligación de custodiarla durante y después de su ingreso. Este documento permanecerá en nuestro archivo con todas las condiciones de seguridad y confidencialidad necesarias. Si, una vez dada el alta, usted necesita información o copia de alguno de los documentos custodiados por el Hospital, puede solicitarlo en el Departamento de Documentación Clínica, en su horario de 9:00 a 18:00, de lunes a viernes. Para solicitar esta documentación es imprescindible que presente su DNI para acreditarse como titular de la Historia Clínica. Si delega en otra persona, ésta deberá presentar el DNI y una autorización firmada por usted.

Documentación necesaria para el ingreso

- Estudio preoperatorio y otras pruebas y exploraciones complementarias solicitadas por su médico.
- Autorización de Assistència Sanitària
- Tarjeta de Assistència Sanitària
- DNI
- Documento "Historia Clínica"
- Consentimiento Informado

Historia Clínica para Obstetricia (1)

ANTECEDENTES GENERALES

- Cardiopatías**
 Diabetes
 Insuficiencia renal
 Hipertensión arterial
 Hepatopatías
 Enfermedades neurológicas
 Enfermedades respiratorias
 Problemas de coagulación
 Consumo de tabaco
 Consumo de alcohol.....
 Antecedentes quirúrgicos
 Enfermedades hematológicas

Ha recibido transfusiones No Sí

Otros antecedentes y comentarios
.....

HISTORIA OBSTÉTRICA

Edad

TEPAL/...../...../..... Cesárea anterior No Sí

Antecedentes obstétricos a destacar
.....

Medicación durante la gestación.....
.....

D.U.M. por ecografía

Analítica

GrupoRh..... Coombs indirecto

Serología Lues.....Toxoplasm. IgG.....IgM..... Rubeola IgG..... IgM.....

HBsAgVHC-AcVIHUrocultivo (no sedimento).....a las..... semanas.

Hemoglobina Hematocrito Plaquetas Coagulación

Test O'SullivanTTOG

Cultivo Estreptococo agalactiae hecho a las semanas: Resultado vaginal Resultado rectal.....

Antibiograma: Resistencia a eritromicina Sí No Resistencia inducible a clindamicina Sí No

Diagnóstico prenatal

Triple screening

Cariotipo: BC Amniocentesis

Incidencias durante el embarazo

DBT APP RPM HTA hemorragias

Otros:

Control ecográfico (PFE)

Embarazo de riesgo medio alto muy alto

Historia Clínica para Obstetricia (2)

Médico/a

Sra. Edad.....

Número de póliza.....

Motivo de consulta y resumen clínico

.....
.....
.....

Necesita atención en el Hospital de Barcelona para finalización del embarazo.

Firma

.....
.....
.....
.....
.....

Lo expuesto en este documento es resumen de la historia clínica que se encuentra en mi consulta.

.....
.....

Estudio preoperatorio realizado previo al ingreso:

El que recomienda el Hospital de Barcelona

Otro estudio *(detallar)*

.....
.....

Órdenes médicas para el personal de Sala de Partos

Protocolos Hospital de Barcelona

Profilaxis antibiótica de infección Profilaxis tromboembólica (ver otros protocolos obstétricos del Hospital de Barcelona en www.scias.com)

Otras instrucciones
.....

TRATAMIENTO QUE TOMA Y QUE DEBE MANTENERSE DURANTE EL INGRESO

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Alergias conocidas

Observaciones
.....
.....

Historia Clínica para Obstetricia (3)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre los beneficios y riesgos derivados de la anestesia. Nosotros, como institución sanitaria, tenemos la obligación de informarle y de pedir su autorización siempre que no se trate de un caso de urgencia vital.

El/la Dr/ainforma a la paciente
..... del acto anestésico que se realizará para llevar a cabo la finalización del embarazo (parto o cesárea).

La finalidad de la anestesia es realizar este procedimiento sin dolor; siempre con la máxima seguridad para la paciente. Durante el procedimiento, el anestesiólogo controlará sus constantes vitales para vigilar el correcto funcionamiento de su organismo y, en el caso que detecte un problema, actuar rápidamente en consecuencia. En su caso, se administrará anestesia intradural o peridural, para lo cual se le colocará un catéter en el espacio itradural o peridural de la columna vertebral, a través del cual se administrará la anestesia, que le dormirá la parte inferior del cuerpo. A la vez, es posible que le administren algún sedante. En algunos casos puede ser necesaria la administración de anestesia general en algún momento del procedimiento.

Riesgos de la anestesia intradural o peridural

Como todas las prácticas médicas, a pesar de los elevados niveles de seguridad actuales, la anestesia intradural o peridural conlleva riesgos. Los principales son:

- Dolores de cabeza persistentes. Es la complicación más frecuente (1/150 procedimientos) y se puede tratar de forma adecuada.
- Hipotensión.
- Dificultad para orinar espontáneamente.
- Fallos de la técnica (bloqueo incompleto o ausencia de bloqueo)
- Convulsiones (1/9.000 procedimientos)
- Raquianestesia total de la columna vertebral (1/8.000 procedimientos)
- Lumbalgia en la zona de punción (1/8.000 procedimientos)
- Complicaciones que afectan al sistema nervioso central y periférico: hematoma epidural o subdural, meningitis, disestesias, parálisis, etc. (1/50.000 procedimientos)

Riesgos personalizados.....
.....

El médico me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades actuales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones y cualquier otra circunstancia médica. Me ha explicado la posibilidad de que la técnica anestésica sea modificada en función de una situación inesperada. He podido preguntar y he recibido respuestas claras, comprensibles y satisfactorias a mis consultas sobre el procedimiento anestésico, los riscos inherentes a este procedimiento y los particulares derivados de mis circunstancias personales. Sé que puedo cambiar la decisión que ahora tomo y negarme a la realización del procedimiento, informando a los médicos de mi cambio de decisión.

Por tanto, **autorizo que se me administre la anestesia según la técnica descrita.**

Médico/a Paciente o representante legal Familiar o acompañante

Nombre Nombre Nombre
Nº Colegiado/a DNI DNI

Orden de revocación del documento de consentimiento informado para el procedimiento anestésico

Yo,, mayor de edad, con DNI, con plena capacidad de obrar y de forma libre revoco y dejo sin efecto el presente documento de consentimiento informado.

Lugar y fecha

Médico/a Paciente o representante legal

Nombre Nombre
Nº Colegiado/a DNI