

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO		SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) PARTO VAGINAL EN PRESENTACIÓN DE NALGAS	
Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto. (*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.		
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:	
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE: Un parto vaginal con presentación de nalgas se produce cuando el feto está en posición de cuclillas dentro del útero, por lo que sus nalgas, rodillas o pies pasarían por el canal vaginal antes que la cabeza durante el parto. Se presenta entre el 2,5% - 4% de los embarazos a término.		
CÓMO SE REALIZA: Antes de decidir el intento de parto vaginal tiene que saber que existen toda una serie de medidas que valorarán el riesgo de este parto frente a la cesárea, teniendo en cuenta las características individuales de su gestación. En este tipo de parto, tiene que saber que: - Se debe realizar en un centro con capacidad para practicar una cesárea urgente. - Se realizará un control del bienestar del feto durante todo el proceso. - Si lo desea puede optar por la analgesia epidural ya que no está contraindicada. - Tendrá una alta posibilidad de que se le realice una episiotomía (incisión en el periné) para favorecer la salida de la cabeza. - No hay contraindicación para el uso de fármacos que estimulen la dinámica uterina. - Las complicaciones y secuelas para el feto y/o recién nacido durante y después del parto son más frecuentes que en el parto vaginal en presentación de cabeza. - La práctica de la cesárea durante el proceso del parto es mayor que en la presentación de cabeza. - Los procedimientos necesarios para la extracción fetal, tanto por vía vaginal como por cesárea, pueden ocasionar lesiones traumáticas en el recién nacido. - No obstante la cesárea, no impide la aparición de complicaciones en la extracción del feto que pueden producir un aumento de las lesiones del útero que incluso podrían provocar su extirpación (histerectomía total o subtotal).		



QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

En general existen una serie de diferencias generales entre el parto de nalgas y de cabeza que debe conocer:

- En la presentación de nalgas, el periodo de dilatación y la expulsión del feto es más lenta que en la presentación de cabeza.
- Se pueden presentar complicaciones en la evolución normal del parto de nalgas que empeoran el pronóstico del feto y/o recién nacido (salida del cordón o de un pie por vagina, elevación de los brazos por encima de la cabeza del feto, retención o salida brusca de la cabeza).

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Con la realización del parto vaginal de nalgas se evitan las complicaciones de la cesárea en la madre.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Las alternativas al parto vaginal de nalgas son: la cesárea programada o la realización de una versión externa por encima de las 37 semanas para intentar un parto vaginal de cabeza. Estas alternativas habrán sido debidamente valoradas con su médico o médica.

En su caso:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. • LOS MÁS FRECUENTES: - Lesiones traumáticas en el feto: lesión de la clavícula y lesión del plexo braquial (estas lesiones ocasionan pérdida de fuerza con afectación de la sensibilidad del miembro superior). • LOS MÁS GRAVES: - Las complicaciones mayores y/o más graves están condicionadas fundamentalmente por la edad gestacional, teniendo una mortalidad durante y después del parto mayor cuanto más prematuro sea el feto. - Estas complicaciones son: hipoxia fetal (falta de oxígeno) con afectación neurológica (3,5% - 4,5%) y traumatismos del feto por las maniobras de extracción (17,5% de los casos). También debe conocer que de forma excepcional, pueden existir complicaciones graves que ocasionen la muerte de la madre. • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:	
SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.	
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):	
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: - A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la	

001530

intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA				
<table border="1"><tr><td data-bbox="188 389 256 432">1.2</td><td data-bbox="256 389 1489 432">IMÁGENES EXPLICATIVAS</td></tr><tr><td colspan="2" data-bbox="188 432 1489 640">En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</td></tr></table>		1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS	En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.	
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS				
En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.					

CENTRO SANITARIO		SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA

2.3	CONSENTIMIENTO
Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno. ☐ SI ☐ NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención. ☐ SI ☐ NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco. ☐ SI ☐ NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento. ☐ SI ☐ NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico. NOTA: Márquese con una cruz. En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) Fdo.: _____ Fdo.: _____	

001530

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-------------------------	--

2.4	RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN
Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) Fdo.: _____ Fdo.: _____	

2.5	REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
Yo, D/Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) Fdo.: _____ Fdo.: _____	

001530