

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ASISTENCIA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Asistencia de Parto Vaginal con Cesárea Previa, después de una cesárea, el parto vaginal puede tomarse en consideración en algunos casos según la evidencia científica actual. Si se compara un intento de parto vaginal con una cicatriz de cesárea previa respecto a programar una nueva cesárea electiva, hay un menor riesgo de muerte materna (1/3 menor) pero un mayor riesgo de rotura uterina (20 veces). Además, tener 2 o más cesáreas a futuro aumenta los riesgos de otras complicaciones tales como: acretismo placentario, histerectomía, transfusión, lesión vesical. Desde el punto de vista neonatal, aumenta el riesgo de muerte de un 0,06% a un 0,11%. La probabilidad de lograr un parto en dicho contexto es cercana al 74% (entre un 60-80%), la cual disminuye si la causa de la cesárea previa fue por trabajo de parto fracasado.

No es aconsejable un parto por vía vaginal con una cesárea previa, en caso de tener una incisión uterina corporal o de una ubicación desconocida o una cesárea con menos de 28 semanas de gestación, en el caso de haber tenido una dehiscencia o rotura uterina previa, periodo inter-embarazo menor de 6 meses, embarazo mayor de 40 semanas y en caso de feto con estimación de peso mayor a 4000 grs.

El tipo de anestesia, si fuera necesaria médicamente, será valorado por el equipo de anestesia. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

En el caso de una cesárea previa, debido a la cicatriz del útero, existe el riesgo de una dehiscencia y/o rotura uterina debido a la presencia de un tejido cicatricial. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 200 trabajos de parto con una cesárea previa.

En la mayoría de los casos la rotura uterina aparece de manera súbita y catastrófica, con repercusiones muy graves para la madre y el niño.

Si se produjese una rotura uterina, entre los riesgos que asume y acepta se incluyen hasta la asfixia neonatal (6,2% de los casos), ingreso a UCI neonatal (40,4% de los casos), muerte neonatal (1,8% de los casos), ingreso a UCI adultos (11,8% de los casos) y la probable extirpación urgente del útero (entre un 4% a un 27% de los casos), con sus consecuencias y riesgos propios de la operación, entre ellas la imposibilidad de futuras gestaciones y pérdida de la menstruación, hemorragia interna con shock hipovolémico y trastornos de la coagulación, necesidad urgente de transfusión, infecciones y lesiones de órganos pélvicos.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso, la indicación que condicionó la primera cesárea fue:

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la Asistencia de Parto Vaginal con Cesárea Previa**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ASISTENCIA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)