

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Si usted ha tenido una cesárea anteriormente, en la mayoría de los casos es posible tener un parto vaginal de forma segura, tanto para la madre como para el bebé.

La probabilidad de éxito es mayor cuando: el parto comienza de manera espontánea y la causa que motivó la cesárea anterior ya no está presente; o si ha tenido previamente un parto vaginal, en cuyo caso la tasa de éxito puede llegar hasta el 85%.

Si el parto debe ser inducido, las posibilidades de lograr un parto vaginal disminuyen aproximadamente al 50%.

El parto vaginal tras una cesárea previa tiene beneficios claros ya que evita una nueva cirugía y, con ello, los riesgos asociados a una cesárea como:

- Riesgo muy bajo de enfermedad y mortalidad materna.
- Más días de ingreso tanto para la madre como para el recién nacido.
- Menor adaptación pulmonar del recién nacido.
- Mayor probabilidad de infecciones o hemorragias.
- Riesgo de complicaciones serias en futuros embarazos.
- Peor adaptación del recién nacido cuando se nace por cesárea electiva.
- Aumenta significativamente las molestias físicas después de la cesárea y tiene una recuperación más lenta que un parto vaginal.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Además de los riesgos de cualquier parto vaginal, se puede presentar, una dehiscencia o rotura uterina, debido a la cicatriz en el útero por la cesárea anterior. Existe un riesgo ligeramente mayor si el parto se induce, aunque sigue siendo algo muy poco frecuente.

Los síntomas de la rotura uterina pueden ser poco claros y de difícil valoración, por eso pueden quedar enmascarados por diversas circunstancias (como la anestesia y la medicación). En muy escasas ocasiones, la rotura puede ser aparatosa y muy rápida, con repercusiones muy graves para la madre y el niño como:

- La rotura uterina puede llegar a determinar la muerte del feto.
- La extirpación urgente del útero con consecuencias como: imposibilidad de futuras gestaciones y pérdida de la menstruación.
- Hemorragia interna que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Trastornos de la coagulación.
- Infecciones.
- Lesiones de órganos pélvicos.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por sus circunstancias especiales: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Cesárea anterior corporal o miomectomía con entrada en cavidad.
- Rotura uterina previa.
- Tener 3 o más cesáreas anteriores:

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica sería:

- Cesárea programada.

AUTORIZACIÓN PARA “ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA”

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Obstetricia y
Ginecología*

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: