

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

Después de una cesárea, el parto vaginal puede tomarse en consideración en algunos casos a juicio de mi Gineco-Obstetra, sobre todo si la causa de la cesárea anterior no persiste actualmente.

No es aconsejable un parto por vía vaginal con cesárea previa, en caso de embarazo múltiple, presentación fetal anormal, patología fetal, o persistencia de la circunstancia que indicó la primera cesárea o siempre que haya dudas sobre la condición de la cicatriz de la cesárea anterior.

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 3 casos de cada 100. Los síntomas de dicha rotura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración y quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones). En otras ocasiones dicha rotura puede ser de presentación aparatosa y muy rápida, con repercusiones muy graves para la madre y el niño.

Características

El tipo de anestesia, si fuera necesaria médicamente o en caso de administrarse anestesia epidural, será valorado por el equipo de anestesia habiendo sido informada de que la analgesia no epidural puede enmascarar los síntomas de rotura uterina.

Riesgos

Si se produjese una rotura uterina, entre los riesgos que asumo y acepto se incluyen hasta la muerte del feto y la probable extirpación urgente del útero 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.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ASISTENCIA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal