

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Chile y de acuerdo a lo indicado por el Ministerio de Salud, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto con el presente documento escrito se pretende informar a Ud. y su familia a cerca del procedimiento que se le practicará

La paciente.....de.....años,

RUT N°.....y/o el Sr/Sra.....

RUT N°..... en calidad de representante, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el doctor..... Gineco-obstetra, me ha entregado y explicado la siguiente información sobre la operación **CESÁREA**:

1. La cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal y placentaria por vía abdominal.
2. El hecho de indicar una cesárea se debe a que las circunstancias actuales de mi embarazo y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo en cuanto al compromiso de la salud o muerte para la madre y el feto y, por lo tanto, no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi futuro hijo y para mí. En mi caso concreto las indicaciones son:.....
3. La cesárea requiere una anestesia que será realizada por la Unidad de Anestesia.
4. La cesárea no está exenta de complicaciones, por un lado, las derivadas de un Parto (ya que es una modalidad de parto) tales como: hemorragia, atonía uterina, desgarros y endometritis, que ocasionalmente pueden derivar en otras más graves, como trastornos de coagulación e infecciones generalizadas y, por otro lado, las derivadas por intervención quirúrgica, como son infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas superficiales o profundos de la piel o intrabdominales, adherencias, infecciones urinarias, lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos, dehiscencias y/o eventración post quirúrgica.
5. Determinadas situaciones médicas generales pueden llevar a un mayor riesgo de complicaciones durante o posterior a la intervención, y en un mínimo porcentaje incluso a la muerte. Las patologías más comunes son: hipertensión arterial, diabetes, convulsiones, asma, obesidad, malnutrición, edad menor de 15 años o mayor de 38, anemia, alergias, cirugías abdominales previas, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas, o enfermedades varicosas.
Por lo tanto, por mi situación actual de..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
6. Determinados factores son considerados de riesgo obstétrico para presentar complicaciones durante o posterior a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto tales como: pre eclampsia, eclampsia, trastornos de coagulación, diabetes gestacional, embarazo múltiple, placenta previa, polihidroamnios (aumento de líquido amniótico), oligohidroamnios (disminución de líquido amniótico), restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, defecto o infección fetal congénita, presentación de nalgas o situación transversa, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado, madre Rh (-), colestacia del embarazo,

cirugía uterina previa (riesgo de acretismo de placenta) o patologías médicas o ginecológicas sobre agregadas al embarazo.

Por lo tanto mi situación actual de..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar complicaciones.

7. Como en toda intervención, existe un riesgo de complicaciones intraoperatorias imprevistas e impredecibles propias del embarazo con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud o del de mi hijo, tales como: acretismo placentario (invasión anormal de la placenta al cuerpo del útero), rotura uterina, embolia de líquido amniótico (líquido amniótico a pulmones de la madre), inversión uterina, eclampsia (convulsiones en mujeres con hipertensión arterial), hemorragias por atonía uterina, desgarros uterinos nudos verdaderos de cordón, aspiración de meconio, lesiones fetales por presentaciones anómalas.
8. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista. El equipo médico podrá realizar: tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida o la de mi hijo.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo, y el doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados, en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice una **CESÁREA**.

Paciente: _____
Firma Rut

Representante del paciente:

Rut Firma Nombre

Parentesco: _____.

Con esta fecha, yo _____ revoco mi consentimiento prestado anteriormente, asumiendo la responsabilidad de esta decisión, y en pleno conocimiento de las consecuencias de que esto se pueda derivar.

Firma: _____, Fecha: _____.-

El profesional que suscribe, declara haber informado al paciente (o su representante) el diagnóstico, los procedimientos necesarios, el tratamiento indicado y sus eventuales riesgos.

Nombre Rut Firma

Ovalle, _____.