

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

..... EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: CESÁREA

---

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 revocar 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.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La cesárea consiste en la extracción del feto, la placenta y las membranas mediante una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en el útero (histerotomía) de la embarazada. Sirve para que el feto nazca cuando su nacimiento no es posible por vía vaginal o para disminuir el riesgo para la salud de la madre o del feto cuando las circunstancias actuales del embarazo no aconsejan la vía vaginal.

Puede realizarse de forma programada (cesárea programada) o de urgencia (cesárea urgente).

##### CÓMO SE REALIZA

La intervención precisa de anestesia general, local o regional.

Se realiza una incisión en la piel, que puede ser vertical u horizontal seguida de incisiones en pared del abdomen y útero, que dependiendo de las características de su embarazo, podrá ser horizontal, vertical o mixta. Siempre que sea posible se le realizará una incisión horizontal, ya que ocasiona menos pérdida de sangre y cicatriza mejor. Hay ocasiones en las que es necesario hacer otro tipo de incisión para poder extraer al feto (prematuridad o presentación de nalgas) o porque las circunstancias de su gestación lo aconsejan (mioma previo, etc.).

Durante la cesárea se podrían realizar otros procedimientos quirúrgicos como son la ligadura de trompas, la extirpación de miomas pediculados o de quistes del ovario, la toma de muestras de ovario, etc. Para cualquiera de ellos tiene que haber sido informada con anterioridad y haber dado su consentimiento para que se le realice.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Después de la intervención puede presentar molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, lo habitual es que ceda en pocos días. Precisaré estar hospitalizada y tendrá limitaciones para algunas actividades físicas por unos días.

##### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En disminuir los riesgos que para la salud de usted y/o de su hijo/a tendría con un parto por vía vaginal.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No las hay cuando no es posible el parto por vía vaginal.

QUÉ RIESGOS TIENE

**COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO:** Los riesgos más frecuentes y graves que pueden presentar son una mayor dificultad respiratoria y de adaptación neurológica sobre todo en prematuros, o lesiones del feto por dificultad en su extracción, que son más frecuentes en prematuros, macrosómicos o que son muy grandes y con presentación de nalgas.

**LAS COMPLICACIONES MATERNAS MÁS FRECUENTES:**

- Complicaciones de la herida quirúrgica como infección, hematomas y seromas.
- Infección de orina.
- Falta de movimiento o actividad del intestino (íleo paralítico).

**COMPLICACIONES MATERNAS: LAS MÁS GRAVES**

- Presentar una hemorragia interna que puede llegar a precisar transfusión sanguínea o incluso si no cede, realizar una extirpación del útero (histerectomía).
- Posibilidad de lesionar órganos vecinos como la vejiga, el uréter, los intestinos, etc.
- Falta de movimiento intestinal-obstrucción intestinal
- Hernia post operatoria
- Problemas de esterilidad.
- Dificultades en embarazos posteriores como embarazos extrauterinos, rotura uterina y anomalías en la ubicación de la placenta.
- Mayor riesgo de mortalidad que en el parto vaginal.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Si usted padece de alergias a medicamentos, de alteraciones de la coagulación, o de otras enfermedades, debe informar a su médico. También comunicarle los medicamentos que actualmente tome y cualquier otra circunstancia que considere importante.

Esta intervención no debe realizarse cuando el feto esté muerto en el útero y la madre no presente ninguna alteración en su estado de salud que contraindique la vía vaginal.

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 intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

\_\_\_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 utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

**MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

---

**RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., 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.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....