



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional, 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 acerca del procedimiento que se le practicará.

La paciente.....de años,
DNI

DECLARA:

Que el/la doctor/a Tocoginecóloga, 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 caso de no existir indicaciones médicas para tal procedimiento quirúrgico, entiendo que es mi derecho elegir la vía de finalización del embarazo, conociendo la figura de "cesárea electiva o a demanda". En mi caso concreto las indicacion es:
3. La cesárea requiere una anestesia que será evaluada y 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(RUPTURA VESICAL O INTESTINAL, FISURA VESICAL, FISTULA VESICAL entre otras), 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 preexistentes son: hipertensión arterial, diabetes, convulsiones, asma, obesidad, malnutrición, edad menor de 15 años o mayor de 38,

anemia , alergias, cirugías abdominales previas, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas, o enfermedades varicosas.

Por lo tanto, por mi situación actual de paciente con CESAREAS PREVIAS, PROBABLE ADHERENCIA ABDOMINALES, PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL Y PROBABLE ACRETISMO PLACENTARIO, 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: preeclampsia, 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 (-), colestasis del embarazo, cirugía uterina previa (riesgo de acretismo de placenta) o patologías médicas o ginecológicas sobre agregadas al embarazo.

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; y que, por protocolos nacionales, en la patología antes mencionada, la interrupción de la gestación se debe llevar en forma prematura, esto puede implicar: transfusiones sanguíneas, reintervenciones, derivación a Terapia de adultos (madre) y Terapia Neonatal (recién nacido)
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/o con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados, en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice una **CESÁREA**.

