



SANATORIO MODELO S.A.

25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán

Documento de Información y Consentimiento

SERVICIO DE OBSTETRICIA

H.Clinica N°.....

Nombre de la paciente:.....
D.N.I. N°:
Domicilio:.....
Nombre del familiar / tercero.....
D.N.I. N°:.....
Domicilio:.....
Nombre del médico informante o tratante;.....

PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESAREA ANTERIOR

El profesional me ha explicado que el parto vaginal es un proceso por el cual el feto empujado por las contracciones uterinas atraviesa el cuello del útero, la vagina rodeada por los huesos de la pelvis y los genitales externos. Es un proceso fisiológico pero que en algunas ocasiones pueden presentar riesgos o dificultades para mí y/o el feto.

También me explicó que la operación cesárea es una intervención quirúrgica por la cual, cuando se presentan algunas circunstancias en que el feto no puede o debe atravesar el canal del parto, es extraído realizando una abertura de la pared del abdomen y del útero. Ambas aberturas son reparadas con suturas y dejan cicatrices. Como toda intervención quirúrgica puede raramente presentar complicaciones

El médico me informa que para considerar como posible el parto vaginal luego de una operación cesárea anterior no tienen que persistir las causas que dieron origen a la anterior ni presentarse nuevas causas que contraindiquen el parto vaginal y aconsejan la reiteración de otra operación cesárea programada o de urgencia.

El profesional informante me hace saber que por la experiencia del Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires las posibilidades de un parto vaginal, con comienzo espontáneo o provocado y con terminación natural o por forceps o ventosa es del 40-50% necesitándose en el resto de los casos la reiteración de la operación cesárea

Me informo que la posibilidad de rotura de la cicatriz uterina durante el proceso del parto vaginal es del 1% y algo más si se deben usar medicamentos para estimular las contracciones uterinas y que esto, la rotura, podría implicar una intervención quirúrgica posterior para solucionar el accidente y que ello podría afectar la salud del feto y la mía.

También se que aunque en forma excepcional sea luego de parto vaginal como de la operación cesárea podrían presentarse hemorragias, infecciones, falta de retracción de los tejidos de la pared uterina y otras aún mas excepcionales: trastornos de la coagulación de la sangre, y como en toda intervención quirúrgica abdominal en la operación cesárea lesiones de vísceras, infecciones de la herida, formación de bolsas con líquidos, hematomas, infecciones urinarias, dehiscencias y/o eventraciones o en el parto vaginal desgarros, infección y dehiscencia de la episiotomía y hematomas.

El médico me hizo presente que sea en el parto vaginal como en la operación cesárea se recurre a la utilización de anestésicos loco-regionales y/o generales y que es posible, aunque raramente sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados.



SANATORIO MODELO S.A. Documento de Información y Consentimiento

25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán

También se que cabe la posibilidad que para la terminación del parto vaginal y durante o después de la operación cesárea podría necesitarse de intervenciones toco-quirúrgicas para solucionar inconvenientes y salvaguardar mi salud o la de mi hijo/a.

El médico me informó que por mis riesgos personales específicosha de

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado con un lenguaje claro y sencillo y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar las observaciones y me ha aclarado las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento sin dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del parto vaginal luego de una operación cesárea anterior y en tales condiciones
CONSENTO:

SE ME INTENTE EL PARTO VAGINAL

SE ME REALICE UNA NUEVA OPERACIÓN CESAREA

TACHE LO NO CONSENTIDO

Fecha:

Firma de la paciente

.....

Negativa a recibir información

Firma Paciente.....

Firma del familiar o allegado

.....

Negativa a recibir información

Firma familiar o allegado.....

.....

Firma y sello del médico