

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESAREA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, 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 (Art.15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

La Paciente de años

CC N°:..... de

Y/O El Señor/Señora

CCN°: de

en calidad de representante legal; familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor CC N° de; Ginecólogo Obstetra con R.M:.....Me ha explicado la siguiente información sobre la operación CESAREA

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 es debido a que en 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 mi. En mi caso concreto, la indicaciones es:
.....
3. La cesárea requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia y después de la extracción, atención por pediatría del recién nacido.
4. La cesárea no esta exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que es una modalidad de parto), tales como: hemorragia, atonía uterina, desgarros; endometritis; que ocasionalmente pueden derivar a otras mas graves, como trastornos de coagulación e infecciones generalizadas, y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son, infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas superficiales o profundos de la piel o intraabdominales, adherencias, infecciones urinarias, lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos; deshiciencia y/o eventración pos quirúrgica
5. Determinadas situaciones médicas generales pueden llevar un mayor riesgo de complicaciones durante o posterior a la intervención potencialmente serias para la madre y el feto con un mínimo porcentaje de muerte. Las mas comunes son:
hipertensión arterial, diabetes, convulsiones, asma, obesidad. malnutrición, edad

menor de 15 o mayor de 38 años, 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: *preeclampsia, eclampsia, trastornos de coagulación, diabetes gestacional, embarazo múltiple, placenta previa, polhidramnios (aumento de líquido amniótico), oligohidramnios (disminución de líquido amniótico), retardo del crecimiento intrauterino, Macrosomía fetal, defecto o infección fetal congénita, presentación de nalgas o situación transversa; ruptura prematura de membranas, prematuridad, embarazo prolongado, madre RH negativa, colestasis gravídica, cirugías uterinas previas (riesgo de acretismo de placenta) o patologías médicas o ginecológicas sobreimpuestas al embarazo.*

Por lo tanto, por 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 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), hemorragias uterinas por atonía uterina, desgarros uterinos, nudos verdaderos de cordón, aspiración meconial, 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.

Escriba **SI** ó **NO** en el espacio en blanco punteado

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo

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.

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice una CESAREA.

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Ciudad y Fecha.....