

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**

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 espacios en blanco.

La Paciente ..... de ..... años

CC N° ..... de .....

Y el señor/señora .....

CC N° ..... de .....

En calidad de representante legal, familiar o allegado.

**DECLARAN:**

Que el Doctor:..... identificado con CC N° ..... de .....Ginecólogo Obstetra con R.M:....., nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la atención de un trabajo de parto:

1. Que el trabajo de parto consiste en una serie de mecanismos activos y pasivos que tienen como finalidad modificar el cuello del útero y permitir la expulsión fetal y placentaria por vía vaginal.

2. Que existen tres etapas en dicho trabajo de parto que son: La dilatación y borramiento del cuello del útero, descenso y expulsión del feto y el alumbramiento de la placenta.

3. En ocasiones la atención del trabajo de parto podría presentar complicaciones imprevistas e impredecibles en alguna de sus etapas.

4. Que las principales complicaciones materno-fetales que pueden aparecer y comprometer mi estado de salud o el de mi bebe en algunos casos con riesgo potencial de muerte, son

- Trabajo de parto estacionario y/o falta de dilatación y progreso.
- Alteración de la contractilidad uterina.
- Desgarros cervicales / perineales.
- Sufrimiento fetal agudo:
  - Implica un feto en riesgo de morbi mortalidad relacionado con disminución del aporte de oxígeno a nivel cerebral (encefalopatía hipóxica). En la actualidad no disponemos de métodos que nos permitan detectar fiel y precozmente dicho estado, sin embargo, en muy raras ocasiones este causa secuelas neurológicas permanentes (parálisis cerebral) y lo común es la supervivencia fetal sin secuelas. De presentarse secuelas neurológicas, éstas se relacionan principalmente con lesiones neurológicas intra-uterinas previas.
- Atonía uterina posparto
- Síndrome de aspiración meconial
- Desprendimientos placentarios
- Prolapso de cordón
- Acretismos placentarios (invasión anormal de la placenta en la pared del útero)
- Nudos verdaderos de cordón
- Ruptura uterina
- Inversión uterina posparto
- Distocia de hombros (interposición de los hombros durante la expulsión fetal)
- Embolia de Líquido amniótico (Líquido amniótico en los pulmones de la madre)

5. Habitualmente se requiere durante el expulsivo la practica de la episiotomía que posterior al parto deberá ser suturada y que sus posibles complicaciones pueden ser: desgarros perineales, en caso extremos pueden incluir el esfínter externo del ano y recto; dolor, formación de hematomas, infecciones de la herida, dehiscencia de la sutura, y a largo plazo fístulas rectovaginales.

7. Potencialmente un parto vaginal puede ser instrumentado, es decir, aplicando Fórceps

espátulas o ventosas especialmente diseñadas para ayudar en aquellos casos que se requiere extracción fetal rápida durante el expulsivo. Sin embargo, se me ha explicado que el riesgo del empleo de estos instrumentos son principalmente los traumas de la cabeza fetal y los desgarros perineales en la madre.

8. Que si bien existen grupos de riesgos en donde es más frecuente que se presenten dichas complicaciones, eso no excluye el que puedan aparecer en mujeres sanas sin ningún riesgo obstétrico identificable. Por tanto, se me ha explicado. qué determinadas situaciones propias o no del embarazo son consideradas de alto riesgo obstétrico y perinatal tales como:

- Mayores de 38 y menores de 15 años Primíparas y grandes multíparas
- Obesidad y desnutrición
- Fumadoras y fármaco dependientes
- Embarazos no deseados
- Embarazos con pocos o ningún control prenatal
- Cesáreas anteriores u otra cirugía uterina principalmente con placenta previa (riesgo de acretismo)
- Embarazos múltiples
- Fetus macrosómicos (peso mayor de 4000 gramos)
- Fétos con bajo peso o retardo del crecimiento intrauterino
- Fetus con malformaciones congénitas/cromosómicas (En ocasiones pueden no ser evidenciables)
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas: podálica, cara, frente, bregma, transversa, oblicua.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo: hipertensión crónica o preeclampsia
- Diabetes antes o durante el embarazo
- Amenaza o trabajos de partos prematuros (menores de 38 semanas)
- Oligohidramnios (disminución de líquido amniótico)
- Polihidramnios (aumento de líquido amniótico)
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo en pacientes con:
  - Abortos previos. antecedentes de esterilidad, anomalías congénitas de genitales, miomas uterinos, masas anexiales.
  - Enfermedades Cardíacas, renales, hematológicas, neurológicas, hepáticas, metabólicas, inmunológicas, infecciosas, osteoarticulares o mentales.

Por lo tanto, en mi caso concreto por ser o presentar:..... entiendo que tengo un mayor riesgo de presentar dichas complicaciones.

6. La aparición de alguna de estas complicaciones. puede conllevar la realización de una cesárea de urgencia y en algunos casos (hemorragias incontrolables) cesárea más histerectomía total o subtotal en procura de salvar mi vida o la de mi hijo. Si esto llegara a ocurrir, entiendo que se requiere anestesia y asumiré los riesgos inherentes a ella y a los derivados del propio acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Escriba **SÍ** ó **NO** en los espacios en blanco:

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 solicitar la revocación de 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 el Doctor..... Realice el control y la atención de mi trabajo de parto.

Firma Paciente: .....

Firma Testigo: .....

Firma Médico: .....

Ciudad y Fecha:.....