

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA**

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI N°.....

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI N°.....

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de que existe la posibilidad de un parto por vía vaginal, a pesar del hecho de haber sido sometida con anterioridad a una cesárea previa:

1. Después de una cesárea, el parto vaginal puede tomarse en consideración en algunos casos, a juicio de mi tocólogo, sobre todo si la causa de la cesárea anterior no persiste actualmente.

En mi caso, la indicación que condicionó la primera cesárea fue

2. **No es aconsejable** un parto por vía vaginal con cesárea previa, en caso de embarazo múltiple, presentación fetal anormal, patología fetal, o persistencia de la circunstancia que indicó la primera cesárea o siempre que haya dudas sobre la condición de la cicatriz de la cesárea anterior.

3. En el caso de una cesárea previa, debido a la cicatriz del útero, existe el **riesgo** de una dehiscencia y/o rotura uterina debido a la presencia de un tejido cicatricial. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 100. Los síntomas de dicha rotura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración y quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones). En otras ocasiones dicha rotura puede ser de presentación aparatosa y muy rápida, con repercusiones muy graves para la madre y el niño.

4. **Anestesia:** El tipo de anestesia si fuera necesaria médicamente o en caso de administrarse anestesia epidural será valorada por el equipo de anestesia, habiendo sido informada que la analgesia no epidural puede enmascarar los síntomas de rotura uterina.

5. Si se produjese una rotura uterina entre los riesgos que asumo y acepto, se incluyen hasta la muerte del feto y la probable extirpación urgente del útero con sus consecuencias y riesgos propios de la operación, entre ellas la imposibilidad de futuras gestaciones y pérdida de la menstruación, hemorragia interna con shock hipovolémico y trastornos de la coagulación, necesidad urgente de transfusión, infecciones y lesiones de órganos pélvicos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de 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 de la propuesta de asistencia al parto vaginal con cesárea previa.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

En que se intente un parto vaginal aunque se me ha ofrecido la opción de realizar una cesárea programada.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)
CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....
DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)
CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....
EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)
DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)