

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA POR SOLICITUD MATERNA: CESÁREA SIN INDICACION MÉDICA

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO:

\_\_\_\_\_  
(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

RUT: \_\_\_\_\_

HIPOTESIS DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

Se reconoce la importancia que usted participe en la toma de decisiones en su proceso de atención en salud. Le informaremos acerca de la operación llamada cesárea, que usted ha solicitado a su médico tratante.

Esto es un resumen y complemento de la información que usted ya ha recibido de su médico tratante. Lea este documento atentamente y si requiere mayor precisión u otra información, solicítela a su equipo tratante.

Lo que se informa en este documento es lo que se espera que ocurra habitualmente. Sin embargo, cada paciente es único y a veces puede suceder que no se obtengan los resultados previamente esperados. En Clínica Bupa Santiago todo el personal y profesionales que participarán en su proceso de atención están debidamente capacitados y acreditados, de modo de hacer su atención lo más segura posible.

**PARTO NORMAL:** El parto o nacimiento es la culminación del embarazo. El parto normal ocurre producto del trabajo de parto en que el equipo médico supervisa asegurando el bienestar materno y fetal durante el proceso, y concluye con la salida del recién nacido desde el útero materno por el canal vaginal. Una vez producido el nacimiento, el recién nacido, si está en buenas condiciones, se entrega de inmediato a su madre, donde puede iniciar apego y contacto piel con piel. En un tiempo posterior se pesa y se realizan las atenciones de cuidado neonatal.

**OPERACIÓN CESÁREA:** La cesárea es una cirugía mayor que se lleva a cabo para la extracción fetal a través del abdomen e incisión en el útero materno, en casos en que no puede producirse un parto

normal. Es la última opción para el equipo médico. La cesárea puede programarse durante el embarazo (Cesárea electiva o programada), o puede practicarse de urgencia durante el trabajo de parto (Cesárea de emergencia).

La cesárea electiva a solicitud de la paciente es aquella cesárea que se programa antes del inicio del trabajo de parto, sin existir justificación médica alguna.

En Clínica Bupa Santiago la cesárea por solicitud materna no corresponde a ninguno de nuestros criterios de indicación médica de cesárea, pero reconocemos el privilegio y autonomía de nuestras pacientes para decidir la vía de su parto.

**SEGURIDAD DE LA CIRUGIA:** Actualmente los riesgos inmediatos de la cesárea se han minimizado mucho, lo que es interpretado por la usuaria como “seguridad”. Pero éstos son solamente los relacionados a las complicaciones del perioperatorio (periodo de tiempo que comprende antes, durante y después de una cirugía), ya que los riesgos reproductivos y no reproductivos posteriores no se han reducido a pesar de los actuales avances de la medicina. Por ello, es fundamental que la usuaria antes de tomar la decisión de solicitar una cesárea sin justificación médica, sea informada y comprenda claramente los riesgos asociados a una cirugía no indicada.

**RIESGOS INMEDIATOS:** Mayor riesgo de hemorragia postparto y consecuentemente, mayor riesgo de necesitar transfusiones sanguíneas o hemoderivados que también conlleva riesgos poco frecuentes, pero se deben mencionar, tales como reacción anafiláctica (alérgica), fiebre, lesiones pulmonares, destrucción de glóbulos rojos.

**RIESGOS TARDÍOS:** Tiempo de recuperación prolongado, riesgo de reingreso hospitalario, riesgo de hernias incisionales (hernia en la cicatriz de la cesárea), y riesgo de enfermedad tromboembólica (coágulo pulmonar con riesgo de muerte).

**RIESGOS PROPIOS DE LA CIRUGÍA:** Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia, tales como cefalea post punción dural (peridural o raquídea), ascenso de la anestesia a través de la médula espinal lo que puede causar desde dificultad respiratoria hasta la necesidad de intubación (espinal total), hipotensión, náuseas, vómitos, lesiones neurológicas en extremidades inferiores (permanentes o transitorias) o que la técnica falle y que deba realizarse la cirugía con anestesia general, con el consiguiente riesgo materno y fetal. Reacciones inesperadas a la medicación habitual, tanto en la madre, como en el recién nacido. Problemas respiratorios (de la madre o el recién nacido) o de presión arterial. Hemorragias post parto que puede requerir transfusión de sangre y/o cirugías de emergencias: Histerectomía, que es la extracción completa e irreversible del útero, B Lynch, cirugía endovascular. Estas son cirugías destinadas a detener el sangrado para salvar la vida de la paciente. Pueden ser de muy lenta recuperación. Infección uterina (Endometritis) y/o de la herida operatoria que pueden implicar hospitalización prolongada y otras infecciones (IAAS). Alergias al uso de medicamentos, desde leve a graves incluyendo el shock anafiláctico, que puede tener riesgo vital.

**RESPECTO A EVENTUALES EMBARAZOS POSTERIORES:** Riesgo de rotura uterina, placenta previa (placenta se inserta en la parte baja del útero, obstruyendo total o parcialmente el cuello del útero, lo que puede ocasionar sangrados leves, moderados o graves antes del parto), acretismo placentario (invasión de la placenta hacia órganos en contacto como vejiga), desprendimiento prematuro de placenta (lo que provoca sangramiento uterino y asfixia fetal), aumento de riesgo de embarazo ectópico (embarazo que se desarrolla en las trompas uterinas) y de muerte fetal inexplicada sobre las 34 semanas.

**ASPECTOS DEL RECIÉN NACIDO:** A diferencia del parto normal, nacer por cesárea interrumpe la interacción inmediata de la madre con su hijo/a. El contacto piel a piel reduce los riesgos de hipotermia y apnea, promueve la lactancia materna, y favorece el vínculo emocional con las debidas implicancias a futuro.

Importancia /rol protector del parto hacia el recién nacido: Distintos estudios han mostrado que la flora bacteriana normal del recién nacido depende fundamentalmente de su paso por el canal del parto (parto vaginal/normal) y es por ello que se le ha atribuido un rol protector hacia el recién nacido, en relación con ciertas enfermedades tales como: atopia (alergias), enfermedades autoinmunes y enfermedades inflamatorias intestinales, entre otras.

**ASPECTOS DE LA MUJER:** El parto vaginal posee varias ventajas sobre la cesárea, entre ellas mejora el apego de la madre y el recién nacido, favorece el inicio de la lactancia, posee un menor tiempo de recuperación y por ende un menor tiempo de hospitalización, entre otros.

**DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE CESÁREA:** La cirugía se realiza normalmente con la mujer despierta, con uso de anestesia regional (peridural y/o raquídea) que compromete desde el área abdominal hasta las extremidades inferiores. Se realiza una incisión por encima del pubis en el abdomen. Al quedar expuesto el útero se abre mediante otra incisión y se libera el líquido amniótico, luego se extrae al neonato. La boca y nariz del recién nacido se limpian de fluidos y el cordón umbilical se amarra y se corta, posteriormente el recién nacido (RN) se entrega al pediatra o matrona, quién se asegurará respire adecuadamente y lo entregará a la madre para inicio de apego. En el intertanto se está produciendo el alumbramiento y luego el cierre de la pared uterina y la pared abdominal.

Por todo lo anteriormente mencionado, es fundamental que su decisión sea ejercida en forma libre, voluntaria, expresa e informada, debiendo dejar por escrito su rechazo al parto normal/solicitud de ser operada por Cesárea, en concordancia a la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(LLENAR DE PUÑO Y LETRA POR LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL)

CON FECHA ____/____/____
NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: YO _____ (Nombre y dos apellidos)
RUT: _____ por mí misma/en representación de la paciente ya individualizada,
declaro que el/la Dr.(a) _____ RUT: _____ (Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

Me ha entregado información adecuada, suficiente y comprensible sobre el parto normal y la cirugía de cesárea, por lo que:

**DECLARO** haber sido debidamente informada en lenguaje claro y sencillo sobre todos los aspectos concernientes a la intervención; que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos, de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que en cualquier momento y sin expresión de causa, puedo **REVOCAR** este consentimiento que ahora presto, en el ejercicio de mi autonomía, teniendo el derecho a otorgar o denegar mi voluntad para someterme a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a una atención de salud.

**MANIFIESTO** que estoy satisfecha con la información recibida y **QUE HE COMPRENDIDO EL ALCANCE Y LOS RIESGOS DE RECHAZAR EL PARTO NORMAL Y SOLICITAR UNA CESÁREA ELECTIVA**, asimismo, comprendo que durante la cirugía pueden ocurrir situaciones inesperadas que hagan necesaria la modificación de la cirugía programada o la realización de otra cirugía distinta y, en tales condiciones:



**RECHAZO** la opción de tener un **PARTO NORMAL (fisiológico)**; **SOLICITO y CONSIENTO** que se me realice una **CESÁREA SIN INDICACIÓN MÉDICA**, haciéndome responsable en forma libre, voluntaria, expresa e informada de ejercer mi derecho a otorgar mi voluntad para someterme a esta cirugía.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma Médico

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

CON FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: YO \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos)

RUT: \_\_\_\_\_ por mí misma/en representación de la paciente ya individualizada,

**REVOCO MI CONSENTIMIENTO** otorgado con fecha \_\_\_\_\_ en el cual **RECHAZO** la opción de tener un parto normal y **SOLICITO/CONSIENTO** que se me realice una **CESÁREA ELECTIVA** (sin indicación médica, a solicitud de la paciente), haciéndome responsable en forma libre, voluntaria, expresa e informada de dejar sin efecto dicha solicitud, en el ejercicio de mi derecho a otorgar o denegar mi voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a una atención de salud por lo que, **SOLICITO y CONSIENTO intentar un trabajo de parto.**

---

Firma Paciente o Representante Legal  
REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

---

Timbre y Firma Médico