

CONSENTIMIENTO PARA PARTO NATURAL (VAGINAL)  
EN CASO DE CESAREA PREVIA

**SAMPLE**

**INFORMACION PARA LA PACIENTE:** Como es de saber, cualquier tratamiento medico o quirurgico conlleva riesgos. Aun el embarazo de por si conlleva riesgos, al igual que existen riesgos como resultado de actividades que llevamos a cabo a diario tales como el conducir o viajar en automovil. Esta hoja de consentimiento ha sido disenada para ayudarle a entender y tomar la mejor decision en caso de que desee usted intentar un parto "normal" o vaginal luego de haber sufrido previamente una operacion de Cesarea. De no ser asi, puede usted decidirse por otra Cesarea. Por favor lea cuidadosamente este documento, discuta su contenido con su medico, y exprese aqui sus deseos de intentar un parto vaginal o si en su lugar prefiere someterse a otra operacion de Cesarea.

1. Entiendo que previamente se me han practicado una o mas operaciones de Cesarea.
2. Entiendo que puedo tomar la decision de someterme a otra operacion de Cesarea electiva (sin pasar por el trabajo de parto) o intentar un parto natural o vaginal.
3. Entiendo que aproximadamente el 70% de las mujeres que han necesitado un Cesarea previamente pueden tener con exito un parto vaginal normal en un embarazo subsiguiente.
4. Entiendo que el parto vaginal conlleva un riesgo menor que el de una Cesarea. El parto normal conlleva menor perdida de sangre, menos complicaciones luego del alumbramiento, y un periodo de recuperacion mas corto.
5. Entiendo que el riesgo de que ocurra un desgarre o rotura de la matriz (utero) debido a la cicatriz de la Cesarea previa es aproximadamente uno de cada 100 casos.
6. Entiendo que el parto vaginal en casos de Cesarea previa conlleva un riesgo mayor para la criatura que para la madre.
7. Entiendo que en caso de que sufra yo un desgarre o rotura de la matriz (el utero) durante el proceso del parto debido a la Cesarea previa, puede que no haya tiempo suficiente para poder practicar una operacion de urgencia y evitar que la criatura muera o que sufra dano cerebral permanente.
8. Entiendo que se desconoce exactamente la frecuencia con que la rotura de la matriz puede causar la muerte o dano neurologico (cerebral) permanente a la criatura, pero se estima que esto puede ocurrir hasta en el 50 por ciento de los casos.
9. Entiendo que entre los riesgos que asumo yo (la madre) en caso de sufrir un desgarre o rotura de la matriz se incluyen, entre otros, la necesidad de practicar una histerectomia (extraer o sacar la matriz), necesitar transfusiones de sangre, infecciones, dano a otros organos internos (el intestino, la vejiga, el ureter), trastornos de coagulacion de la sangre, y hasta la muerte.
10. Entiendo que no es recomendable un parto natural o vaginal con Cesarea previa en casos de embarazos multiple (gemelos, etc.) cuando la criatura viene sentada o de pies, o cuando se ha practicado anteriormente una Cesarea clasica (incision vertical en la matriz).
11. Tampoco es recomendable intentar un parto natural en casos de Cesarea previa cuando la paciente no esta de acuerdo con asumir los riesgos adicionales que esto conlleva para la madre y la criatura.
12. Entiendo que durante el transcurso y/o proceso del parto puede hacerse necesario administrar una hormona llamada oxitocina (Pitocin) que produce contracciones de la matriz. La utilizacion de esta hormona en casos de Cesarea previa puede aumentar los riesgos arriba descritos.
13. Entiendo que si doy mi consentimiento para intentar un parto natural con una Cesarea previa y luego requiero una Cesarea de urgencia durante el parto, tendre mas probabilidades de sufrir complicaciones que si me decido por una Cesarea electiva desde un principio.
14. Certifico que he leído y/o entendido toda la informacion arriba expuesta. Todas mis preguntas y dudas han sido aclaradas a mi entera satisfaccion, y he recibido de mi(s) medico(s) toda la informacion necesaria para tomar mi decision luego de discutir con ellos/ellas todas mis alternativas.

Deseo intentar un PARTO VAGINAL (normal) \_\_\_\_\_  
(Firma de la paciente) (Fecha) (Hora)

Deseo someterme a una CESAREA electiva \_\_\_\_\_  
(Firma de la paciente) (Fecha) (Hora)

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(Nombre impreso)

TESTIGO: \_\_\_\_\_  
(Firma) (Nombre impreso) (Fecha)