

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

*(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)*

(Nombre completo de la paciente)

En forma voluntaria y sin ninguna presión, consiento en que el (la) doctor (a) \_RODRIGO ALBERTO OTERO MERLANO \_\_\_\_\_

y el personal paramédico asignado, me realicen y controlen la INDUCCIÓN MÉDICA DEL PARTO.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en provocar la finalización del embarazo, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado.

La formas más frecuentes de realizar esta inducción son:

1. Rotura de la bolsa amniótica.
2. Administración intracervical de gel de prostaglandinas o tabletas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
3. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguno de las anteriores.

Este procedimiento terminará con el nacimiento de un nuevo bebé. ESTA ATENCIÓN MÉDICA NO GARANTIZA EL NACIMIENTO DE UN BEBÉ COMPLETAMENTE SANO; se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que por lo tanto no se puede garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico. El personal asignado debe colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

He sido informada y entiendo que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados, pero que como en cualquier procedimiento médico puede condicionar a complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:

1. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las 24 horas de la rotura de la bolsa amniótica.
2. Aparición de sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno del feto durante las contracciones uterinas.

3. Fracaso de la inducción.
4. Ruptura uterina, complicación cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
5. Prolapso de cordón, complicación que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
6. Falta de contracción uterina después del parto o cesárea con hemorragia severa.

La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente a la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño y, en caso de ruptura uterina o falta de contracción uterina con hemorragia, será necesario la extracción de la matriz (histerectomía) quedando con una imposibilidad permanente de tener hijos (esterilidad).

La posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, pelvi-peritonitis, ruptura uterina, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

---

Entiendo que si tengo necesidad de cirugía se requerirá de anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anestesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mí recién nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos de la atención que se me va a practicar, los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento médico-quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice INDUCCIÓN MÉDICA DEL PARTO y acepto SE REALICE CESÁREA en caso de complicaciones o si el equipo médico lo considera necesario.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

C.C. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_

Firma en calidad de \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Huella índice derecho