

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## Formulario rechazo parto normal: Cesárea sin indicación médica

FL – MAT - 10

Rev.: N° 00

Nombre de la Paciente: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO PACIENTE)

### INFORMACIÓN ACERCA DEL PARTO NORMAL

El **parto** es la culminación del embarazo, la salida de un niño/a del útero materno por vía vaginal. Ocurre producto de un trabajo de parto en el que, el equipo médico-matrona supervisa siempre asegurando el bienestar materno y fetal durante todas las etapas de dicho proceso. Al momento de nacer, el neonato se entrega inmediatamente a la madre para su primer contacto piel a piel (en el caso de nacer en buenas condiciones).

**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.

### INFORMACIÓN ACERCA DE LA CESÁREA

La **cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica mayor** que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal, en los casos en que no se puede realizar parto normal. La cesárea puede programarse durante el embarazo o practicarse de urgencia por un problema en el desarrollo del parto.

La **cesárea programada** es aquella intervención cuya planificación se realiza antes del inicio del parto, en los casos de gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

La **cesárea electiva a solicitud de la paciente**, es aquella cesárea cuya planificación igualmente se realiza antes del inicio del parto, pero es realizada por el equipo tratante a solicitud de la usuaria, **sin existir justificación médica alguna**, ni tampoco indicaciones perinatales que la respalden. Si bien, la cesárea electiva a solicitud de la paciente **no corresponde a un criterio de indicación médica**, podrá realizarse en respeto al derecho de toda persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud.

**Seguridad de la Cirugía:** Actualmente los riesgos inmediatos de la cesárea se han minimizado importantemente en relación a las complicaciones del perioperatorio, sin embargo, los riesgos reproductivos y no reproductivos posteriores no se han reducido, por lo cual 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 de requerir transfusiones sanguíneas, además riesgo de cirugías de emergencia como la histerectomía, que es la extracción completa e irreversible del útero.
- **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.
- **Riesgos propios de la cirugía:** Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia, tales como cefalea post punción dural, ascenso de la anestesia a través de la médula espinal lo que puede causar desde dificultad respiratoria hasta la necesidad de intubación, hipotensión, náuseas, vómitos, lesiones neurológicas en extremidades inferiores. Infección uterina (Endometritis) y/o de la herida operatoria que pueden implicar hospitalizaciones prolongadas y otras eventuales infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- **Respecto a los posibles 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 asfisia fetal), aumento de riesgo de embarazo ectópico (embarazo que se desarrolla en las trompas uterinas) y de muerte fetal inexplicada sobre las 34 semanas. Este riesgo es proporcional a la cantidad de cesáreas previas.
- **Aspectos del Recién Nacido:** A diferencia del parto normal, nacer por cesárea interrumpe la interacción inmediata de la madre con su hijo/a.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## Formulario rechazo parto normal: Cesárea sin indicación médica

FL – MAT - 10

Rev.: N° 00

Por 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.

YO \_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

por mí misma/en representación de la paciente ya individualizada, con fecha \_\_\_\_\_, declaro que  
(DÍA, MES Y AÑO)  
el/la Dr.(a) \_\_\_\_\_, me ha entregado información adecuada,  
(NOMBRE, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO)  
suficiente y comprensible sobre el parto normal y la cirugía de cesárea, por lo que:

### DECLARO

- Haber sido debidamente informada sobre todos los aspectos concernientes a la intervención y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos que ello conlleva.
- No haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.
- Comprender que en cualquier momento y sin expresión de causa, puedo REVOCAR este consentimiento que ahora presto, en el ejercicio de mi autonomía.

**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, la realización de otra cirugía distinta o incluso que hagan necesario mi traslado a otro centro asistencial. 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, YO \_\_\_\_\_  
(NOMBRE, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, RUT O N° IDENTIFICACIÓN; PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

por mí misma/en representación de la paciente ya individualizada, declaro que:

**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. 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 el sometimiento 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

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma Médico