



Consentimiento Informado para  
Inducción del Parto  
Versión 3.0

# Consentimiento Informado para Inducción del Parto

## Consentimiento informado para Inducción del Parto

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al procedimiento de:

**INDUCCIÓN DEL PARTO**

El embarazo normal dura entre 38 y 41 semanas contadas desde el comienzo de la última menstruación. Si el parto no se inicia, puede ocurrir una pérdida de la capacidad de la placenta primero para alimentar y luego para pasarle oxígeno al niño.

Existen casos también en que esta situación se adelanta (especialmente si hay complicaciones como presión alta, obesidad o desnutrición, colestasia, y otras) y hace conveniente terminar el embarazo.

Para tener éxito en una inducción de parto es conveniente que ya haya cambios de maduración en el cuello del útero (éste se ablanda y se acorta) que lo hagan más propenso a dilatarse. Si no hay condiciones para una inducción, la proporción de fracasos (y en último término, cesáreas) es muy alta.

#### **En qué consiste la inducción del parto:**

Se trata de provocar la finalización del embarazo mediante el estímulo con medicamentos que producen contracciones uterinas y dilatación del cuello. Igual que en un parto de inicio espontáneo, se vigilan permanentemente los latidos cardíacos del niño para detectar su tolerancia a las contracciones uterinas.

#### **Riesgos de la inducción del parto:**

- Los riesgos de la inducción del parto son los mismos de cualquier nacimiento, aunque existe un aumento leve o moderado de:
- Infección materna y fetal, en especial si el parto se prolonga más de 24 hrs. después de romperse las membranas.
- Aparición de sufrimiento fetal por disminución del paso de oxígeno a través de la placenta durante la contracción uterina.
- Rotura uterina, complicación muy grave pero muy infrecuente.
- Caída del cordón umbilical, complicación poco frecuente, que puede ocurrir al romperse las membranas y que implica un riesgo severo para el niño.
- Existe una proporción importante de inducciones que no logran la progresión a parto normal (fracaso de la inducción).

Las complicaciones menores se resuelven con medidas simples, pero la solución más corriente de ellas es por operación cesárea o extracción fetal con instrumentos.

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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacida(o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **INDUCCIÓN DEL PARTO**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).