

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

Nº Historia: .....

Doña: ..... de ..... años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

### DECLARO

Que el DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una INDUCCIÓN DEL PARTO.

1. La inducción del parto consiste en proceder a la **finalización de la gestación**, bajo vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, 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, siendo los más frecuentes de forma individual o combinada:

- a. Rotura de la bolsa amniótica.
- b. Administración intracervical de gel de prostaglandinas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
- c. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguna de las anteriores.
- d. Administración de prostaglandinas intramusculares o intravenosas, que sólo se emplean para la inducción de fetos muertos.

2. A pesar de que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus **riesgos** no son elevados, no se puede considerar que los diferentes procedimientos no puedan condicionar complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:

- a. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las veinticuatro horas de la rotura de la bolsa amniótica.
- b. Aparición de un sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, no siendo su riesgo mayor al del parto no inducido.
- c. Fracaso de la inducción.
- d. Rotura uterina, complicación muy infrecuente, cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
- e. Prolapso de cordón, complicación rara que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal, no siendo su incidencia mayor que en el parto no inducido.
- f. La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

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

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una INDUCCIÓN AL PARTO

En .....

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

### REVOCACIÓN

DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)