

CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

El número de mujeres con un antecedente de cesárea está en aumento. La existencia de una cesárea anterior aumenta el riesgo de anomalías de placentación (placenta previa y acretismo placentario) y es el principal factor de riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo. El control gestacional en estas mujeres debe incluir el asesoramiento sobre la vía del parto. Los riesgos y beneficios del parto vaginal y de la cesárea deben ser valorados, aunque en la mayor parte de casos puede optarse a un parto vaginal. La aplicación de modelos de predicción puede ser útil para valorar la probabilidad de éxito de un parto vaginal.

2. CONTROL GESTACIONAL

2.1. Anamnesis y factores de riesgo

El control gestacional en una paciente con una cesárea anterior se llevará a cabo siguiendo los controles habituales de la paciente de riesgo medio. Es importante que se realice una correcta recogida de los datos epidemiológicos maternos y de los antecedentes obstétricos de forma detallada, incluyendo fecha de la cesárea anterior, edad gestacional, tipo de cesárea, indicación de la misma, resultado perinatal y eventuales complicaciones intra o postcesárea.

2.2. Valoración en primer trimestre

Aunque sea una entidad muy poco frecuente, en cualquier valoración ecográfica inicial del primer trimestre deberá tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial con una gestación ectópica en la cicatriz de cesárea. La gestación ectópica en cicatriz de cesárea se considera que tiene una etiopatogenia común con el acretismo placentario, por lo que ante la sospecha ecográfica no debe demorarse el diagnóstico. Los aspectos diagnósticos y terapéuticos específicos de dicha entidad se detallan en el protocolo "Gestación ectópica".

2.3. Control ecográfico

El control ecográfico en una paciente con una cesárea anterior no difiere del protocolo normal de screening ecográfico.

Debe valorarse la localización de la placenta en la ecografía de segundo y tercer trimestre, teniendo en cuenta que la cesárea previa es un factor de riesgo de placenta previa y acretismo placentario.

Si se identifica una placenta previa anterior se solicitará un control específico entre las 28-32 semanas para evaluar el riesgo de acretismo (o antes si existe una alta sospecha). Solicitar en HCP

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

“Ecografía de placenta y miometrio” (Unidad de Bienestar Fetal, lunes) y en HSJD Ecografía de tercer trimestre especificando “Ecografía de placenta y miometrio” (Agenda de Ecos/Versiones, jueves).

En las pacientes con 2 cesáreas anteriores o con periodo intergenésico corto (definido como periodo entre cesárea y próximo parto inferior a 18 meses) que no tengan otra contraindicación para el parto vaginal se solicitará una ecografía específica para valorar el grosor del segmento y el grosor miometrial entre las 34 y las 36 semanas. Solicitar en HCP “Ecografía de placenta y miometrio” (Unidad de Bienestar Fetal, lunes) y en HSJD Ecografía de tercer trimestre especificando “Ecografía de placenta y miometrio” (Agenda de Ecos/Versiones, jueves).

3. VÍA DEL PARTO

En el control gestacional de una paciente con cesárea anterior debe realizarse un asesoramiento específico sobre la vía del parto (idealmente antes de las 37 semanas), y que éste quede registrado en la historia clínica.

La opción de parto vaginal en una mujer con cesárea previa es apropiada y recomendable una vez se hayan descartado las contraindicaciones para el parto vaginal, que se detallan en la tabla 1.

Tabla 1: Contraindicaciones para el parto vaginal

ABSOLUTAS

- Antecedente de rotura uterina previa
- Antecedente de cesárea no segmentaria (incisión uterina corporal o clásica, ampliación en T invertida)
- Cirugía uterina previa con entrada en cavidad endometrial (miomectomía)
- 3 o más cesáreas previas
- Otra contraindicación para el parto vaginal (placenta previa, presentación no cefálica, etc)

RELATIVAS

- 2 cesáreas previas
- Periodo entre cesárea y parto inferior a 18 meses

3.1. ASESORAMIENTO DEL RIESGO

Debe informarse de los riesgos y beneficios asociados al parto y a una siguiente cesárea. Un parto vaginal presenta una menor morbilidad materna, así como una menor morbilidad respiratoria neonatal que la cesárea. En cambio, presenta un riesgo de rotura uterina, y puede presentar un mayor riesgo de parto instrumentado y lesiones perineales. Una nueva cesárea comporta un riesgo

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

para futuras gestaciones por complicaciones como placenta previa, acretismo placentario o lesiones intraoperatorias en cesáreas iterativas. Aún así, la cesárea también puede presentar ventajas, como la posibilidad de planificación, la posibilidad de esterilización tubárica en el mismo acto quirúrgico y una menor mortalidad perinatal. Se realizará un asesoramiento específico e individualizado sobre el riesgo de rotura uterina y sobre las posibilidades de éxito de un parto vaginal.

3.1.1. Asesoramiento sobre el riesgo de rotura uterina

El riesgo genérico de rotura uterina en una mujer con cesárea anterior se sitúa alrededor del 0.5%, pero puede variar según diferentes aspectos que deben ser tenidos en cuenta para efectuar un asesoramiento individualizado. Los principales factores asociados a la rotura uterina son:

- Los factores que condicionan la indicación de una cesárea electiva (Contraindicaciones absolutas al parto vaginal):
 - o 3 o más cesáreas previas
 - o Ruptura uterina previa
 - o Incisión uterina previa no segmentaria. En caso de no poder conocer el tipo de incisión uterina se considera que puede optarse a parto vaginal
- Los factores que condicionan una contraindicación relativa para el parto vaginal:
 - o 2 cesáreas previas (contraindicación relativa): El riesgo de rotura uterina puede aumentar hasta un 1.5% aproximadamente, aunque algunas series no muestran un riesgo incrementado de rotura uterina respecto mujeres con una única cesárea previa. La posibilidad de éxito del parto vaginal es menor (se sitúa entre el 60 y 70%).
 - o Periodo intergenésico corto (periodo entre cesárea y siguiente parto < 18 meses). El riesgo de rotura uterina puede ser de alrededor del 1.5% en estos casos, aunque algunas series no muestran tal incremento de riesgo.
- Inducción del parto: Aumenta el riesgo de rotura a un 2% aproximadamente, pudiendo variar según el método utilizado. Tanto el uso de prostaglandina E2 (dinoprostona) como de oxitocina incrementan el riesgo de rotura, y especialmente su utilización secuencial (riesgo de rotura descrito hasta del 4%). El uso de prostaglandina E1 (misoprostol) está contraindicado en mujeres con una cesárea anterior.
- Factores maternos: Edad materna avanzada, obesidad, cicatriz uterina previa complicada (fiebre, endometritis significativas) se han considerado factores de riesgo de rotura, aunque la evidencia científica al respecto es insuficiente.
- Factores fetales: Macrosomía (peso fetal estimado por encima de percentil 97), gestación múltiple.

El antecedente de 2 cesáreas anteriores o un periodo intergenésico corto (definido como periodo entre cesárea y próximo parto inferior a 18 meses) son factores de riesgo de rotura uterina pero no suponen una contraindicación absoluta al parto vaginal. En las mujeres con dichos antecedentes que

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

no tengan otra contraindicación para el parto vaginal se solicitará una ecografía específica para valorar el grosor del segmento y el grosor miometrial entre las 34 y las 36 semanas. Solicitar en HCP “Ecografía de placenta y miometrio” (Unidad de Bienestar Fetal, lunes) y en HSJD Ecografía de tercer trimestre especificando “Ecografía de placenta y miometrio” (Agenda de Ecos/Versiones, jueves). Podrán optar a un parto vaginal en caso de cumplirse todos los siguientes aspectos:

- Aceptación por parte de la paciente de la opción a parto vaginal, entendiéndose que puede tener un mayor riesgo de rotura y evaluando de forma individualizada la posibilidad de éxito de parto vaginal (por ejemplo teniendo en cuenta la indicación de la/s cesáreas previas, peso fetal estimado, IMC materno, etc.)
- No otros factores de riesgo ni contraindicaciones para el parto vaginal.
- Grosor de segmento > 3mm y grosor miometrial > 2mm.
- Inicio espontáneo de parto. En caso de necesidad de inducción del parto, se planteará la cesárea electiva.

3.1.1.1. Uso de la ecografía para valoración del riesgo de rotura uterina

La medición ecográfica del grosor del segmento uterino o del grosor miometrial a nivel de la cicatriz de la cesárea anterior se ha propuesto como un factor predictor del riesgo de rotura uterina. Aunque existe una correlación entre menor grosor y mayor riesgo de rotura, no existe un punto de corte por debajo del cual se pueda contraindicar formalmente el parto vaginal. Un grosor de segmento uterino < 2mm se relaciona con un mayor riesgo de rotura. También puede ser útil el elevado valor predictivo negativo en caso de grosor de segmento > 3mm y grosor miometrial > 2mm.

En caso de disponer de la información del grosor ecográfico puede utilizarse como un factor predictivo de mayor o menor riesgo de rotura uterina y tenerlo en cuenta en la toma de decisiones sobre la vía del parto, conjuntamente con la paciente.

El segmento uterino se identifica ecográficamente como una estructura formada por dos capas: una más ecogénica, que corresponde a la serosa y la pared vesical, y otra hipoecogénica, que corresponde al miometrio. La medición del **grosor del segmento uterino** (Figura 1a) se debe realizar por vía transvaginal, sin vaciar la vejiga y en un plano longitudinal. Los calipers deben colocarse de forma que el borde interno se fusione con la línea que limita el grosor. La línea de medición debe ser perpendicular a la pared uterina y debe incluir el miometrio, la serosa y la pared vesical.

Para la medición del **grosor miometrial** (Figura 1b) se utilizará la misma técnica que en la medición del segmento inferior pero se incluirá únicamente el miometrio, excluyendo la capa ecogénica que corresponde a la serosa y pared vesical.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

Previamente a su medición, se realizará un barrido tanto en planos longitudinales como en transversales, para identificar la zona de menor grosor. Una vez identificada la zona de menor grosor se realizará la medición según las indicaciones anteriores.



Figura 1. Medición transvaginal del grosor del segmento uterino (a) y grosor miométrial (b).

3.1.2. Asesoramiento sobre el riesgo de cesárea o probabilidad de éxito de parto vaginal

La tasa de éxito del parto vaginal en estos casos se sitúa entre el 71-75%. La existencia de un parto vaginal previo, especialmente si fue después de la cesárea, aumenta mucho la posibilidad de éxito. En los últimos años se han desarrollado diferentes modelos de predicción para valorar la probabilidad de éxito de un parto vaginal, que pueden tener en cuenta factores maternos, obstétricos y algunos incluyen parámetros ecográficos. El modelo de predicción de Grobman es el más utilizado y ha sido validado en nuestra población (Grobman WA 2007, Baranov A 2016) e incluye los siguientes parámetros:

- Edad materna
- Etnia
- IMC al inicio del embarazo
- Parto vaginal previo
- Parto vaginal previo tras cesárea
- Indicación de cesárea recurrente (distocia de dilatación o descenso)

Todos estos parámetros están presentes desde la primera visita, por lo que el asesoramiento sobre la vía del parto puede plantearse ya al inicio de la gestación. Se dispone de una calculadora específicamente adaptada a nuestra población (en HCP disponible en la F:GINEOBST/Calculadores, en HSJD disponible en Recursos/Área de la Dona/Calculadoras/PV en Cesárea anterior). El resultado de su aplicación es un porcentaje de éxito de parto vaginal, para parto de inicio espontáneo y para parto inducido. Lo aplicaremos en toda mujer con antecedente de cesárea anterior lo antes posible en el control gestacional, y antes de las 37 semanas idealmente.

Las pacientes que realicen control en el CAP serán valoradas en nuestro centro (visita médica) entre las 35 y las 37 semanas para realizar el asesoramiento sobre la vía del parto.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

La decisión sobre la vía del parto debe ser tomada por la mujer, pero la utilización de estos modelos de predicción pueden ayudar en la toma de decisiones:

- Si predicción > 60% de éxito de parto vaginal: Nuestra recomendación es la opción de parto vaginal. Se informará a la paciente y se actuará de acuerdo con sus preferencias.
- Si predicción entre el 10 y el 60% de éxito de parto vaginal: Se informará a la paciente y se actuará de acuerdo con sus preferencias.
- Si predicción \leq 10% de éxito de parto vaginal. Nuestra recomendación es la realización de una cesárea electiva. Se informará a la paciente y se actuará de acuerdo con sus preferencias.

3.1.3. Asesoramiento global.

Por tanto, según lo recogido en los 2 subapartados anteriores, la valoración de la vía del parto debe incluir un asesoramiento específico e individualizado sobre el riesgo de rotura uterina y sobre las posibilidades de éxito de un parto vaginal.

La gestante, una vez informada de los riesgos debe tomar una decisión respecto la vía del parto y ésta debe constar en la historia clínica. Se entregará la hoja de información a la paciente y debe firmar el consentimiento informado específico (ver anexo 1). Dicho consentimiento incluye los factores de riesgo epidemiológicos de la paciente y los resultados de la aplicación del modelo de predicción en cuanto a porcentaje de éxito de parto vaginal en parto espontáneo e inducido. Dado que la inducción del parto implica un mayor riesgo de rotura y una menor tasa de éxito de parto vaginal, la paciente debe aceptar de forma específica la inducción del parto en el documento del consentimiento informado.

La existencia de una cesárea previa no modifica las indicaciones de finalización. Si una paciente tiene una contraindicación al parto vaginal, o no acepta la opción a parto vaginal en ningún caso, la cesárea se programará a las 39 semanas. Si una paciente acepta el parto vaginal espontáneo pero no la inducción del parto, la cesárea se programará en el momento en que exista indicación de finalización, que puede ser más allá de las 39 semanas.

4. OTRAS CONSIDERACIONES ANTEPARTO

- Visita preanestésica en aquellas pacientes a las que se programe una cesárea.
- Valorar la posibilidad de ligadura tubárica en caso de nueva cesárea.
- Reserva de sangre al ingreso si presencia de otros factores de riesgo o en caso de 2 cesáreas anteriores o periodo intergenésico corto.
- En caso de sospecha de acretismo placentario, actuar según el protocolo específico ("Placenta previa y otras anomalías placentarias").

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

6. MANEJO INTRAPARTO

Cuando una paciente con antecedente de cesárea anterior ingresa en trabajo de parto o para finalización de la gestación, se comprobará que se ha realizado la valoración antenatal de la vía del parto y la existencia del documento de consentimiento informado. En caso de no disponer de ello, se realizará al ingreso.

Si una mujer con cesárea anterior solicita una cesárea electiva y acude en trabajo de parto, puede consensuarse con la paciente la actitud obstétrica a seguir en función de las condiciones obstétricas.

El manejo será el de una gestación de alto riesgo (ver protocolo: "Control del bienestar fetal intraparto").

La monitorización fetal continua es el método de elección en gestantes con cesárea anterior.

La monitorización de la dinámica uterina (DU) puede ser externa o interna.

- Control externo de DU: El trazado permite objetivar la frecuencia de las contracciones y la relación entre las contracciones y la FCF. Es el método de elección.
- Control interno de DU: Permite hacer una evaluación precisa del registro del tono basal uterino en reposo, de la intensidad, duración, y frecuencia de las contracciones. Está indicada en los casos de distocia dinámica o falta de progresión del parto en que se quiera monitorizar de manera segura la dinámica uterina (hasta 200 UM en fase de dilatación y 250 UM en fase de expulsivo), en las inducciones con riesgo aumentado de rotura uterina y en pacientes obesas donde la transmisión vía abdominal no sea la adecuada.

En las pacientes con cesárea anterior es especialmente importante el control de la dinámica uterina y evitar la polisistolia, ya que constituye un factor de riesgo de rotura uterina.

Un expulsivo prolongado en pacientes con CA disminuye significativamente la probabilidad de parto vaginal e incrementa significativamente el riesgo de rotura uterina, por lo que se evitará el expulsivo de > 3 horas.

La rotura uterina puede ser de presentación brusca y evidente, con repercusiones graves tanto a nivel materno como fetal. En otras ocasiones puede quedar enmascarada por diversas circunstancias. Los síntomas y signos de rotura uterina incluyen: Pérdida de bienestar fetal, pérdida de estática fetal, dolor abdominal diferente al previo, generalmente localizado a nivel suprapúbico o a nivel de histerotomía previa, requerimiento de mayor frecuencia de dosis de analgesia epidural para control del dolor, sangrado vaginal y/o hematuria, inestabilidad hemodinámica materna.

La presencia de cesárea anterior no modificará la forma e indicación de la asistencia al parto vaginal y al alumbramiento de la placenta. Las indicaciones de parto instrumentado serán las mismas que las pacientes sin cicatriz uterina previa.

En caso de retención placentaria se deberá tener en cuenta la posibilidad de acretismo placentario y su evacuación se realizará ecoguiada con la presencia de personal y recursos adecuados para una eventual histerectomía.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

Tras un parto vaginal en paciente con cesárea previa no se realizará una exploración del segmento uterino inferior de forma rutinaria para valorar el grado de dehiscencia, sólo en casos de sospecha de rotura uterina.

7. MANEJO POSPARTO

En el posparto inmediato no esta indicado la realización sistemática de analíticas sanguíneas a todas las pacientes sometidas a una cesárea. No obstante, en algunos casos puntuales (sangrado intraoperatorio importante, anemias severas preexistentes, etc) estará indicado la realización de un hemograma de control al día siguiente de la cesárea.

Se deben de tener en cuenta las siguientes consideraciones tras una cesárea:

- Se recomienda un **periodo intergenésico** (periodo entre cesárea y próximo parto) mínimo de 18 meses. Un periodo intergenésico corto puede aumentar el riesgo de rotura uterina.
- En los casos de **incisiones uterinas no segmentarias o rotura uterina** está indicado la realización de cesárea electiva en la siguiente gestación antes del inicio espontáneo de parto. Se debe informar de ésta situación a la paciente y debe constar en el informe de alta.

Responsables del protocolo:	E.Monterde, P.Ferrer, J.Parra, M.López
Fecha del protocolo y actualizaciones:	4/7/2018
Última actualización:	4/7/2018
Próxima actualización:	4/7/2022
Código Hospital Clínic:	MMF-91-2018
Código Sant Joan de Deu:	XXXXXXXX

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

ANEXO 1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE

¿Es posible tener un parto vaginal si se me ha realizado una cesárea?

Si, el hecho de haber sido sometida a una cesárea no implica que en los siguientes embarazos no se pueda realizar un parto vaginal. De hecho, el parto vaginal tiene menos complicaciones maternas y fetales. Por tanto, esta es la vía preferible de parto siempre que sea posible. No se podrá internar un parto vaginal en los casos en los que existan contraindicaciones propias para la vía vaginal del parto.

¿Es más probable que mi parto acabe de nuevo en una cesárea?

Las probabilidades que se tenga que realizar una cesárea aumentan en las mujeres que ya han estado sometidas a esta intervención, pero en 7 de cada 10 mujeres se consigue un parto vaginal. Por lo tanto, en el 30% de los casos será necesaria la realización de una nueva cesárea. Este porcentaje es mayor en las pacientes en las que sea necesario finalizar el embarazo mediante una inducción del parto.

¿Qué riesgos tiene el parto vaginal después de una cesárea?

Existe el riesgo potencial de rotura uterina, que consiste en que se abra la cicatriz que se realizó sobre el útero en la anterior cesárea. Esto sucede aproximadamente en uno de cada 200 casos y aumenta en los casos en los que la anterior cesárea se realizó menos de 18 meses antes del siguiente parto, o en casos de inducción del parto. El hecho que la cicatriz se abra o se rompa puede comportar complicaciones importantes para la madre o para el feto. Por eso, si se detectan síntomas de rotura uterina, será necesario realizar una cesárea de forma urgente.

¿Qué riesgos tiene una nueva cesárea?

Debido a las cicatrices que quedan dentro del abdomen después de una cesárea la nueva cirugía puede ser más dificultosa, de manera que aumenta el riesgo de infección, de sangrado, la posibilidad de necesitar una transfusión sanguínea y el riesgo de lesionar otros órganos como la vejiga urinaria u otras estructuras de dentro del abdomen. Este riesgo es de alrededor de 2 de cada 100 pacientes y aumenta en los casos de más de una cesárea. Por tanto, es importante tener en cuenta las complicaciones de cara a futuros embarazos ya que el hecho de tener 2 cesáreas previas aumenta los riesgos de un nuevo embarazo y desaconseja el parto por vía vaginal en el siguiente parto.

¿Puedo esperar a ponerme de parto sola o es necesario programarlo?

No es necesario programar el parto, sino que es mejor esperar a ponerse de parto sola. En caso de tener que finalizar el embarazo de forma programada, la inducción del parto se puede realizar con métodos sin medicación (dilatación del cuello del útero con un balón) o métodos con medicamentos (prostaglandinas vaginales y oxitocina). La inducción del parto en caso de tener una cesárea anterior es segura, pero aumenta discretamente el riesgo de rotura uterina (hecho que puede suceder en aproximadamente 2 de cada 100 pacientes).

PARTO VAGINAL EN CESÀREA ANTERIOR

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Nombre y apellidos

Edad

Número historia clínica

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

Nombre y apellidos

Vínculo con el paciente

¿En qué consiste y qué complicaciones pueden aparecer?

A pesar de haber sido sometida a una cesárea en una gestación anterior, debe usted saber que la opción de un parto por vía vaginal es la de elección para finalizar su actual embarazo.

Más concretamente, la posibilidad de éxito es aproximadamente del 71-75%, siempre que no existan contraindicaciones para la vía vaginal y teniendo en cuenta la causa por la que se realizó la cesárea anterior. También debe saber que la tasa de éxito es menor en caso de que se tuviera que inducir el parto.

Debido a la cesárea previa, existe el riesgo de que se abra la cicatriz o de rotura uterina, aunque su frecuencia es de 1 de cada 200 casos (1 de cada 50 casos en casos de inducción del parto). Para su detección se realizará una monitorización fetal y uterina durante el parto. No obstante, los síntomas de dicha rotura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración y quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones).

En otras ocasiones, dicha rotura puede ser de presentación aparatosa y muy rápida, con repercusiones graves, como hemorragia interna con shock, necesidad de transfusión, trastornos de la coagulación, infecciones, lesiones de órganos pélvicos, o necesidad de extirpación del útero, o bien con repercusiones graves para el feto, como: compromiso del bienestar fetal, o muerte fetal.

Actualmente es posible aplicar un modelo de predicción del éxito de parto vaginal que tiene en cuenta sus antecedentes personales y la indicación de la cesárea previa, que en su caso fue

Según este modelo, en su caso la tasa de éxito de parto vaginal se situaría aproximadamente en:

- Parto espontáneo _____
- Parto inducido _____

El HCB le informa que tratará sus datos con finalidades asistenciales, y los cederá únicamente en aquellos casos legalmente exigibles, de conformidad con lo expuesto en el artículo 9.2.h) del Reglamento (UE) 2016/679. Puede ejercer sus derechos en la Oficina de Atención a la Ciudadanía del HCB y obtener una copia completa de la política de protección de datos.

La alternativa al parto vaginal es la realización de una cesárea de forma electiva, que en el caso de una cesárea anterior conlleva un mayor riesgo (2 de cada 100 casos) de sangrado, de infección y de lesión de órganos y estructuras pélvicas.

He sido informada por el equipo médico que me atiende de la conveniencia de ser sometida a un **Parto vaginal en cesárea anterior** y de las complicaciones más habituales y consecuencias que pueden presentarse.

También se me ha informado de los riesgos y de las alternativas existentes y, por lo tanto, entiendo que en mi caso los beneficios de la vía vaginal del parto superan los riesgos.

La información me ha sido dada de manera comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo cual tomo libremente la decisión de autorizar dicho procedimiento, entendiéndolo que en cualquier momento previo al parto y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar este consentimiento si esa es mi voluntad. También podré contactar con el equipo médico para resolver cualquier duda que tenga.

Concretamente, acepto la opción:

- Parto vaginal de inicio espontáneo.
- Parto vaginal en caso de inducción del parto.

Firma de la paciente o representante
DNI _____

Firma médico
Número trabajador _____

Barcelona, ade de