



Consentimiento para dilatación cervical de paciente externo Utilización de una sonda Foley

La dilatación cervical es el proceso de hacer que el cuello uterino esté relajado y listo para dilatarse (abrirse). La inducción de trabajo de parto puede ser un proceso largo y puede tomar más tiempo si el cuello del útero no está preparado (dilatado). Hay muchas opciones para dilatar el cuello del útero de modo que los medicamentos que causan las contracciones sean más efectivos. Estudios demuestran que la dilatación cervical disminuye la duración del parto. La dilatación cervical puede hacerse con medicamentos (p. ej. prostaglandinas) o con un globo pequeño que se coloca en el cuello del útero y se infla con agua. Utilizar un globo es tan efectivo como las prostaglandinas para dilatar el cuello del útero.

Estudios muestran que el uso de los globos cuando no se la ha admitido en el hospital para dilatar el cuello del útero es seguro, efectivo y comparable a utilizar globos en el hospital.

He hablado con mi médico acerca de las diferentes opciones para la dilatación cervical como también la opción de permanecer en el hospital o ir al hogar con un globo por un período máximo de 12 horas. Mi médico y yo hemos revisado mi historia clínica y hemos acordado que soy una buena candidata para la dilatación cervical como paciente externo utilizando un globo. He hablado con mi médico de los riesgos y de los beneficios de la dilatación cervical usando un globo como paciente externo. He tenido una oportunidad de hacer todas las preguntas acerca de este proceso. Entiendo los riesgos y los beneficios de usar un globo para la dilatación cervical como paciente externo. No tengo alergia al látex.

Yo, _____, elijo la dilatación cervical usando un globo como paciente externo. *(nombre)*

El globo cervical se ha colocado:

(Fecha/hora)

Volveré a Trabajo de parto y Parto antes de:

(Fecha/hora)

Estoy de acuerdo con volver a Trabajo de parto y Parto si se presenta alguna de las siguientes condiciones:

- El globo se cae.
Comienza el parto (contracciones frecuentes y dolorosas).
- Disminuye el movimiento del bebé.
- Rompo bolsa.
Hay sangrado vaginal además de la pérdida del tapón mucoso.
- Estoy incómoda por cualquier motivo.

Firma	Aclaración	Fecha: _____	Hora: _____
_____	_____	_____	_____
Firma	Aclaración	Fecha: _____	Hora: _____
_____	_____	_____	_____
Firma	Aclaración	Fecha: _____	Hora: _____
_____	_____	_____	_____
_____	Médico/Testigo (si corresponde)	_____	_____

Interpreté la explicación del médico. (El intérprete debe firmar a continuación, si corresponde)

Firma	Aclaración	Fecha: _____	Hora: _____
_____	_____	_____	_____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ALTA (PARA ENFERMEROS)

- La paciente tiene una copia, ha leído, firmado y entiende el formulario de consentimiento de globo cervical como paciente externo.
- Presentación cefálica confirmada por sonograma.
- La paciente tiene un índice de líquido amniótico normal (AFI) entre 5 y 24 cm.
- NST reactivo antes y después de la colocación del globo sin signos de taquisistolia uterina.
- La paciente acepta que tiene transporte confiable y la información de contacto.
- La paciente no tiene fiebre. No presenta taquicardia materna ni fetal.
- La paciente demuestra que entiende los riesgos, los signos de peligro y sus responsabilidades.

Enfermero (Aclaración)	Firma	Fecha/Hora
-------------------------------	--------------	-------------------