

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

..... EDAD: .....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: ESTERILIZACIÓN

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento quirúrgico que consiste en cortar y ligar u trompas de falopio para impedir que el óvulo se encuentre con el espermatozoide, y así evitar el embarazo.

CÓMO SE REALIZA Se requiere el uso de anestesia, para la realización de la técnica existen varias posibilidades:

- Laparoscópica: en primer lugar se introduce en el abdomen un gas inofensivo que permite inflarlo y así poder observar mejor los órganos pélvicos. A continuación, mediante un corte en el abdomen se inserta un instrumento que tiene una lente y un sistema de iluminación. Después se hace otra incisión y se introduce un instrumento para alcanzar las trompas de Falopio y sellarlas. Si surgiera alguna complicación técnica puede ser necesario realizar una laparotomía (incisión en el abdomen para examinar los órganos abdominales) o mini laparotomía
- Durante la cesárea: mediante corte y ligadura de las trompas
- Mini laparotomía o laparotomía propiamente tal: Generalmente después del parto o ante la sospecha de un síndrome adherencial importante (consiste en: pegaduras del aparato genital a otros órganos abdominales - intestino, vejiga...- y/o paredes abdominales) se realiza corte y ligadura de las trompas.
- Vaginal: se realiza corte y ligadura de las trompas.
- Oclusión tubárica por histeroscopia (Método Essure): Se realiza introduciendo a través del cuello del útero una lente pequeña conectada a una cámara externa que permite visualizar el interior del útero (histeroscopia). Para facilitar la realización de la técnica es necesario rellenar la cavidad uterina con líquidos (suero fisiológico). A través de este instrumento se coloca un implante en cada trompa que la obstruye. Es un método irreversible, es decir no se puede retirar este implante para recuperar la fertilidad.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Contracepción irreversible y permanente en la gran mayoría de los casos (del 99,4% - 99,8 % de los casos). Es decir la posibilidad teórica de embarazo después de realizarse la oclusión tubárica es de aproximadamente el 0,5 % de los casos.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Evitará quedarse embarazada.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otros métodos de contracepción no definitivos: Métodos de barrera, anticoncepción hormonal, dispositivos intrauterinos (D.I.U.) y métodos naturales que ya habrán sido valorados junto con su médico.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

#### LOS MÁS FRECUENTES:

- Seromas (acúmulo de líquido en la herida).
- Hemorragias.
- Omalgia (dolor en el hombro).
- Por vía histeroscópica: dolor de tipo menstrual, síndrome vagal (disminución de la frecuencia cardíaca con sensación de mareo), pequeños sangrados, imposibilidad de colocación (1% - 8%) y movimiento del dispositivo.

#### LOS MÁS GRAVES:

- Hernias.
- Trombosis.
- Hematomas.
- Infección en el peritoneo.
- Hemorragias.
- Lesiones de órganos vecinos.
- Perforación uterina en el procedimiento histeroscópico.

### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos que obligan a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrá tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

**MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

---

**RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....