

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	
Edad	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Esterilización Quirúrgica Femenina, es un método de regulación de fertilidad solicitado por las parejas que ya no desean tener más hijos. Sin embargo, al existir futuras circunstancias que lleven al deseo de volver a ser padres, debe pensarse muy bien la solicitud de operación, ya que puede existir arrepentimiento por cambios vitales que en este momento no estén a la vista.

Aunque se puede intentar la restitución de la fertilidad con una reintervención, ésta puede fracasar).

Las causas más frecuentes de solicitar re operación son:

- Nueva pareja (separación, viudez).
- Mejores posibilidades económicas.
- Muerte o alejamiento de hijos.
- Otros.

Existen limitaciones de la operación y consecuencias definitivas sobre la fertilidad, lo que le será expuesto por su médico.

Existen otros métodos que puede usarse temporalmente para planificar su familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdermicos, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera (condones y otros), y otros.

Cuando existan consideraciones de salud, fracaso o intolerancia a métodos anticonceptivos reversibles o hallazgos en una operación (cesárea, parto, intervenciones ginecológicas) que impliquen un riesgo importante para el embarazo siguiente, se tendrán en cuenta en el consejo que le dará su médico.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Esterilización femenina (cierre de las trompas):

- Existen en la práctica actual dos vías de abordaje; la tradicional que consiste en hacer una incisión abdominal de ± 3 cm y a través de ella exteriorizar las trompas. Su desventaja es que requiere de hospitalización, necesita mayor anestesia, duele más y su recuperación es más lenta que la técnica laparoscópica.

Técnicas:

1. La ligadura simple de las trompas está en desuso por su alta frecuencia de fracasos por recanalización (2 al 5%). Por su sencillez y efectividad (fracasos del 0,5%) se efectúa la sección de ambas trompas (op. de Pomeroy).
2. Existen operaciones algo más complejas que esconden el extremo cortado de la trompa debajo del peritoneo (ops. de Ushida, Irving y otras) que dan resultados aún más seguros, pero se usan excepcionalmente porque requieren más tiempo operatorio y pueden producir más complicaciones.
3. Salpingectomía total o parcial (fimbriectomía) que tiene un rol importantísimo la protección del Cáncer epitelial del Ovario a futuro.
4. La otra vía de abordaje, preferida por las personas que no pueden hacer reposo es la laparoscópica: A través del ombligo se introduce un tubo óptico que permite el paso de instrumentos destinados a ocluir las trompas. Sus desventajas son el mayor costo y una mayor incidencia de fracasos y complicaciones (del 0,5 al 3%), y las menores posibilidades de éxito de la reintervención para recuperar la fertilidad. Su gran ventaja es el reintegro precoz a las labores habituales.

Técnicas laparoscópicas:

- a. Sección con láser o cauterización bipolar.
- b. Oclusión de las trompas con clips, anillos retráctiles o puntos.
- c. Cauterización de la zona central de las trompas, con o sin sección de ellas.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como **otros específicos** del procedimiento:

- Infección de herida operatoria
- Sangramiento que puede requerir reintervención

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Existen otros métodos que son reversibles y eficaces para planificar su familia.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Esterilización Quirúrgica Femenina** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)