

Formulario de “Consentimiento Informado para esterilización quirúrgica femenina”

Información y Consentimiento Informado para esterilización quirúrgica femenina

Nombre del procedimiento: esterilización quirúrgica femenina	Servicio de
Nombre del Centro de Salud	Edad de la usuaria
Nombre de la usuaria	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la esterilización quirúrgica femenina u oclusión tubárica bilateral es la cirugía mediante la cual se ocluyen ambas trompas de Falopio, impidiendo que se produzca un embarazo, ya que ese es el lugar donde ocurre la fecundación, es decir, la unión del óvulo con el espermatozoide; este óvulo fecundado debe recorrer toda la trompa para llegar al útero, donde permanece durante nueve meses. Estos dos pasos resultan imposibles si se corta la trompa de Falopio.

Para efecto de la CCSS, esta operación se realiza únicamente a mujeres mayores de edad y puede efectuarse en varios momentos distintos:

- Después del parto: se realiza en el primer o segundo día postparto, y la herida se hace debajo del ombligo. Si no se hace en ese momento, se debe esperar al menos 6 semanas.
- Después de un aborto: se puede realizar a solicitud de la usuaria, aunque por lo general no es recomendable, debido a la condición psicológica y emocional de la mujer. En caso de realizarse, su abordaje quirúrgico es igual a la operación usual (excepto en casos de abortos tardíos).
- Al momento de la cesárea: la oclusión de las trompas se hace después del nacimiento, a través de la herida de la cesárea.
- Concurrente: se puede aprovechar una operación programada para realizar la esterilización; la herida será la misma de la cirugía efectuada.

La cirugía suele ser ambulatoria; es decir, la persona egresa del hospital el mismo día y se requiere de un acompañante. En algunos casos especiales, la salida se concede al día siguiente.

Durante las primeras 24 horas se debe guardar reposo. El segundo día, la usuaria debe caminar y evitar largos periodos sin moverse. La mayoría de las usuarias retoma su vida normal entre el quinto y el décimo día, excluyendo levantar objetos pesados y realizar grandes esfuerzos, ejercicios o faenas laborales. Puede volver a la actividad laboral una vez cumplidos los días de incapacidad otorgados por el médico.

Objetivo y beneficios esperables: con la esterilización quirúrgica se pretende evitar la fecundación, y así, prevenir el embarazo.

Alternativas disponibles: de no desear realizarse la esterilización quirúrgica, la CCSS cuenta con una serie de alternativas de anticoncepción; en este caso, el profesional de la salud le explicará cuál de las opciones es la que considera medicamente más apropiada, para que usted decida. Los métodos de anticoncepción no definitivos que ofrece la CCSS son: métodos de barrera (condón), anticoncepción hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU) e implante subdérmico (Etonogestrel micronizado 68 mg), este último para mujeres menores de 19 años 11 meses y 28 días.

Consecuencias previsible: las producidas por la técnica quirúrgica. Las complicaciones más comunes son: dolor, hematoma o infección. Estas suelen tratarse sin necesidad de otra intervención.

Riesgos frecuentes: por lo general, los riesgos frecuentes son de baja gravedad; dentro de estos se pueden presentar los siguientes:

- Seromas (acúmulo de líquido en la herida).
- Hemorragias.
- Omalgia (dolor en el hombro).
- En caso de que se realice por vía histeroscópica, puede presentarse dolor tipo menstrual, síndrome vagal (disminución de la frecuencia cardíaca con sensación de mareo) y pequeños sangrados.

Riesgos más graves: algunos riesgos graves que pueden presentarse durante el procedimiento quirúrgico son:

- Hernias.
- Trombosis.
- Hematomas.
- Infección en el peritoneo (cavidad donde se encuentran las trompas de Falopio).
- Hemorragias.
- Lesiones de órganos vecinos.
- Perforación uterina, cuando el procedimiento se hace por histeroscopia.

Riesgos personalizados: el profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas y sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Observaciones:



Información de interés: es sumamente importante dejar claro que el procedimiento no protege de infecciones de transmisión sexual y que se trata de una cirugía irreversible.

Se recomienda evitar actividad sexual en la primera semana después de la cirugía.

Debe consultar al Servicio de Emergencias en caso de fiebre, mareo, dolor abdominal persistente o aumento, sangrado y salida de secreciones a través de la herida o signos y síntomas de embarazo. Es fundamental dejar la herida al descubierto y lavarla dos veces al día, con agua y jabón.

Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a realizarse o no la cirugía.

Dudas planteadas por el paciente: el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: “Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. Además, declaro que me han explicado oralmente todos los aspectos referentes al procedimiento y que existe la posibilidad de denegar/revocar el consentimiento sin que afecte otros derechos”.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse a la oclusión tubárica bilateral o esterilización quirúrgica, femenina cuyo procedimiento pre y posoperatorio se le ha informado ampliamente? (SI) (NO)			
¿Tiene alguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos de la oclusión tubárica bilateral o esterilización quirúrgica femenina? (SI) (NO)			
_____	_____	_____	
Firma o huella de la usuaria	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	
Firma del garante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)			
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha

Nombre del testigo

Firma

Identificación

Fecha

En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.

Nombre de la usuaria y garante

Firma

Identificación

Fecha