

## Consentimiento Informado para esterilización quirúrgica femenina

| Establecimiento de salud                            | Servicio              |      |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|------|
| Nombre del usuario                                  | N.º de identificación | Edad |
| 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 consiste en cortar parcial o completamente ambas trompas uterinas. La cirugía se realiza mediante una herida de aproximadamente 3 a 10 cm de longitud, que puede ubicarse debajo del ombligo o en la parte baja del abdomen.

**Objetivo y beneficios esperables:** la esterilización quirúrgica previene embarazos de forma irreversible.

**Alternativas disponibles:** existen otros métodos de planificación familiar que también son seguros y efectivos, como el condón masculino y femenino, los anticonceptivos orales, los anticonceptivos inyectables, la T de cobre y el implante subdérmico, los cuales se encuentran disponibles dentro de la institución.

**Consecuencias previsibles:** es esperable que posterior a la cirugía se presente dolor en la zona de la herida. Respecto a la posibilidad de falla del método como anticonceptivo, existe riesgo de:

- Embarazo intrauterino en menos del 2 % de los casos.
- Embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) en menos del 1 % de los casos.

### Riesgos frecuentes:

- Sangrado o hemorragia, incluso con necesidad de transfusión de sangre y sus derivados.
- Apertura de herida quirúrgica, que en algunos casos requiere volver a suturar y en otros se puede dejar que cierre sola sin colocación de puntos.
- Infección del sitio de herida quirúrgica.
- Hematoma con necesidad de reintervención para drenar la sangre.
- Hernia en el abdomen.
- Lesión en la vejiga con necesidad de reparación.
- Lesión del intestino con riesgo de colostomía (cirugía que se lleva a cabo para crear una abertura llamada estoma. La abertura crea un conducto desde el intestino grueso hasta el exterior del cuerpo. Esto se hace para que las heces sólidas y los gases puedan salir del cuerpo a través del estoma, en lugar de atravesar el recto. Los desechos se recolectan en una bolsa que se usa en la parte exterior del cuerpo. Una colostomía puede ser temporal o permanente).
- Lesión uterina con necesidad de extraer el útero.
- Lesión de ovarios con necesidad de extraer uno o ambos ovarios.

### Riesgos más graves:

- Quemaduras severas por electricidad.

- Cuerpo extraño (gasas, instrumentos u otros materiales) dejado no intencionalmente en el abdomen, lo cual se reporta en menos del 1 % de las intervenciones realizadas.
- Lesiones de venas o arterias grandes.
- Formación de coágulos en las piernas o en los pulmones en menos del 1 % de los casos.
- Complicaciones por la anestesia, como reacciones alérgicas o respiratorias severas en menos del 1 % de los casos.
- Complicaciones infecciosas, hemorrágicas, cardíacas o anestésicas, que podrían incluso ocasionar la muerte.

**Riesgos personalizados:** hay situaciones médicas que pueden aumentar los riesgos quirúrgicos, en cuyo caso es necesaria la valoración preoperatoria de otras especialidades médicas, según la situación específica.

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

#### Observaciones:

**Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:** Declaro que he informado al personal médico de mis enfermedades y problemas de salud crónicos que pueden aumentar los riesgos del procedimiento propuesto y que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y 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 estoy satisfecha con la información recibida y con la aclaración a las dudas planteadas. Finalmente, manifiesto estar enterada sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento este consentimiento, sin expresión de causa y sin que afecte otros derechos.

#### De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

| ¿Acepta someterse al procedimiento propuesto?     |       | (SI) | (NO) |
|---------------------------------------------------|-------|------|------|
| Firma o huella del usuario                        | Fecha | Hora |      |
| Firma o huella del representante<br>(si procede)  | Fecha | Hora |      |
| Firma del profesional que informa                 | Fecha | Hora |      |
| Firma del profesional que realiza la intervención | Fecha | Hora |      |



### Firmas de los testigos:

Nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- ☐ Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicada.
- ☐ Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

|                                                  |                         |                         |                |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| _____<br>Nombre de la persona a la que se delega | _____<br>Firma o huella | _____<br>Identificación | _____<br>Fecha |
| _____<br>Nombre del testigo 1                    | _____<br>Firma o huella | _____<br>Identificación | _____<br>Fecha |
| _____<br>Nombre del testigo 2                    | _____<br>Firma o huella | _____<br>Identificación | _____<br>Fecha |

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

### Revocatoria:

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 o intervención que había autorizado. |                         |                         |                |
| _____<br>Nombre del usuario o del representante<br>(si procede)                                       | _____<br>Firma o huella | _____<br>Identificación | _____<br>Fecha |