



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 (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.

_____ Nombre de la persona a la que se delega	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ 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.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha