



### Formulario de Consentimiento Informado para Dispositivo Intrauterino T de Cobre 380<sup>a</sup>-TCu

Establecimiento de salud	Servicio
Nombre de la usuaria	N.º de Identificación
Edad	Sexo
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:** el dispositivo intrauterino de Cobre 380<sup>a</sup>-TCu, es una pequeña armazón de plástico flexible en forma de T, con hilos de cobre que lo recubren, también conocido como T de cobre o DIU. Este método anticonceptivo funciona gracias a su efecto espermicida, esto significa que produce efectos tóxicos para los espermatozoides; además, la forma de T bloquea a los espermatozoides impidiendo que estos alcancen el óvulo, estas dos condiciones evitan el embarazo. Este dispositivo puede brindarle hasta 10 años de protección anticonceptiva continua.

El procedimiento para colocarlo se realiza en el establecimiento de salud de manera ambulatoria (no requiere internamiento). El profesional capacitado le pedirá que se coloque en posición acostada boca arriba en una camilla, con las piernas flexionadas, para introducir en su vagina un espéculo (aparato plástico o metálico que sostiene abiertas las paredes de la vagina y permite visualizar el cuello del útero), un dispositivo especial para medir el útero y unas pinzas para facilitar la colocación del DIU. Una vez colocado quedarán dos hilos guía que salen a través del cuello del útero (no quedan visibles externamente), los cuales facilitan su retiro posterior.

El procedimiento de colocación tarda entre 10 y 20 minutos, estará despierta y consciente, puede sentir una sensación de disconfort o dolor leve, lo cual podrá comunicarle al profesional a cargo en todo momento. Posteriormente se podrá retirar y hacer sus actividades de manera normal.

El DIU lo puede colocar un profesional en medicina o en enfermería obstétrica entrenado. El dispositivo podrá colocarse en los siguientes momentos:

- Durante la menstruación, en este periodo el cuello del útero está blando lo que facilita la colocación.
- En cualquier momento del ciclo menstrual.
- Inmediatamente después de un aborto.
- En las primeras 48 horas después del parto o cuatro semanas después del parto.

El retiro del DIU, lo realiza un profesional en medicina o en enfermería obstétrica entrenado para este fin. Para lo cual se debe colocar en la misma posición y se requiere utilizar un espéculo. El profesional halará los hilos guía que salen a través del cuello del útero y retirará el dispositivo. Este proceso puede causar en algunas ocasiones incomodidad o dolor leve.

Se puede realizar el retiro del DIU:

- En el momento que usted lo solicite.
- En el momento que su médico lo recomiende.
- Después de los 10 años, cuando se puede colocar uno nuevo.

**Objetivo y beneficios esperables:** el DIU evita embarazos no planificados (en 99 de cada 100 mujeres por año de uso), es un método anticonceptivo de larga duración, no requiere tomar pastillas diarias o inyectarte, y una vez que se retira se pierde el efecto anticonceptivo y puede quedar embarazada.

#### **Alternativas disponibles:**

Si no desea colocarse el DIU, la CCSS cuenta con estas alternativas para evitar un embarazo:

- Métodos de barrera: condón femenino y masculino.
- Métodos reversibles: pastillas anticonceptivas, inyección o implante subdérmico.
- Métodos no reversibles: cirugía de esterilización.

**Consecuencias previsibles:** contar con una protección para prevenir el embarazo.

#### **Riesgos**

La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan y el procedimiento 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 procedimiento.

Los riesgos más frecuentes que se podrían presentar son:

- Dolor similar al dolor menstrual durante la colocación.
- Mareo y náuseas durante la colocación.
- Descenso y expulsión espontánea del DIU.
- Alteraciones en la menstruación, como aumento de la cantidad o duración de esta.
- Manchado entre los periodos menstruales (suele desaparecer en 2-3 meses).
- Dolor durante la menstruación.
- Pérdida de referencia de los hilos guía.

Si alguna de estas alteraciones afecta su calidad de vida, consulte en el establecimiento de salud.

Los riesgos más graves que se podrían presentar son:

- Infección en el útero.
- Perforación del útero.
- Migración del DIU a la parte interna del abdomen.
- Embarazo (la posibilidad es del 0,6 % y el 1 %); si esto ocurre, también hay mayor riesgo de aborto espontáneo y embarazo ectópico (embarazo fuera del útero).

En caso de que usted presente alguno de estos riesgos puede consultar al establecimiento de salud para recibir atención.

#### **Riesgos personalizados:**

El profesional le explicará y anotará en “Observaciones” sus condiciones médicas, psicológicas y sociales que generen algún riesgo adicional para el procedimiento que se le propone, particularmente, si por alguna enfermedad tiene contraindicado el cobre.



**Información de interés:**

- La mayor eficacia del método es posterior a un ciclo menstrual completo, por lo que se recomienda abstenerse de relaciones sexuales durante los primeros días y posterior a ese periodo utilizar preservativo durante al menos un mes, para fines anticonceptivos.
- La probabilidad de un embarazo es mayor durante el primer año de colocado el DIU.
- El DIU no protege contra el VIH/SIDA ni otras enfermedades de transmisión sexual, para prevenirlas debe utilizar preservativo.
- El DIU no es abortivo.
- Se puede utilizar durante la lactancia materna.
- No hay estudios científicos que demuestren que este método genere cambios en el peso corporal, pero siempre es recomendable mantener un estilo de vida saludable: actividad física y alimentación balanceada.
- Debe consultar al centro de salud en caso de presentar síntomas de embarazo.
- Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a realizarse el procedimiento.
- De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad de la atención que reciba.
- Usted deberá realizarse sus controles de citología vaginal (papanicolau) con la frecuencia que se le indique.

**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 toda la información que he dado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento sin que afecte mi derecho a elegir otro método anticonceptivo y a la atención de mi salud.

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

¿Acepta someterse al procedimiento o intervención propuesta?		(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 indicado.
- 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

