



Affix Patient Label

Nombre de la paciente:

Fecha de nac.:

Consentimiento informado para esterilización de trompas

Esta información se le proporciona para que usted pueda tomar una decisión informada para decidir si realizarse o no una **cirugía de esterilización de trompas**.

Razón y propósito del procedimiento:

La esterilización es un procedimiento de elección. De elección significa que es su decisión. Esto significa que no quiere volver a quedar embarazada o que no quiere más hijos ahora o en el futuro.

La ligadura de trompas o “ligarse las trompas” se hace sellando o extirpando las trompas de Falopio. Esto se hace usando bandas, clips o electrocoagulación (quemado). Las trompas de Falopio van desde los ovarios al útero. El sellado o cortado de las trompas mantiene al óvulo y al esperma separados. Esto evita la fertilización para que no haya embarazos.

El riesgo de volver a quedar embarazada después de este procedimiento es menor al uno por ciento. Este método es prácticamente igual a otros métodos de esterilización. Las mujeres que quedan embarazadas después de la esterilización tienen más probabilidades de tener un embarazo ectópico.

Incluso con este riesgo, es importante que usted comprenda que este procedimiento es permanente e irreversible.

La esterilización quirúrgica se puede hacer en el momento de la cesárea con la incisión abdominal abierta. También se puede hacer poco después del parto vaginal con un pequeño corte cerca de su ombligo.

La laparoscopia es una alternativa si no está embarazada. La cirugía de laparoscopia se hace con un pequeño corte en el área del ombligo. Luego se introduce un gas inocuo a través del corte o una aguja en el abdomen. El gas infla la cavidad abdominal. Esto le facilita al médico ver los órganos internos. Luego se coloca un instrumento largo y fino. Tiene una pequeña cámara y un sistema de iluminación para que el médico pueda ver dentro del abdomen. Se puede hacer un segundo corte para un segundo instrumento que se usará para tomar las trompas de Falopio. Cuando se hayan extirpado, ligado o quemado las trompas, se retiran los instrumentos. Las incisiones se suturan.

Beneficios de esta cirugía:

Usted puede recibir los siguientes beneficios. Su médico no puede prometerle que recibirá alguno de estos beneficios. Solo usted puede decidir si los beneficios valen la pena el riesgo.

- Ya no podrá quedar embarazada.

Cauterizadas

Ligadas y cortadas

Ligadas

Riesgos de la cirugía:

Ningún procedimiento está totalmente libre de riesgos. Algunos riesgos son bien conocidos. Puede haber riesgos no incluidos en la lista que su médico no pueda anticipar.

Riesgos generales de la cirugía:

- **Zonas pequeñas de los pulmones podrían colapsarse.** Esto aumentaría el riesgo de infección. Esto podría requerir tratamientos con antibióticos y de respiración.
- **Se podrían formar coágulos en las piernas, que producen dolor e hinchazón.** Se llaman trombosis venosa profunda o DVT por sus siglas en inglés. Con muy poca frecuencia, parte del coágulo podría desprenderse y dirigirse a los pulmones. Esto puede ser mortal.
- **Podría ocurrir una sobrecarga en el corazón o una apoplejía.**
- **Podría producirse sangrado.** Si el sangrado es excesivo podría necesitar una transfusión.

- **Podría ocurrir una reacción a los anestésicos.** Las reacciones más frecuentes son náuseas y vómitos. En casos muy poco frecuentes podría ocurrir la muerte. El anestesista hablará con usted sobre esto.

Riesgos de esta cirugía:

- Infección.
- Hay menos de un uno por ciento de probabilidad de quedar embarazada.
- Si queda embarazada, hay muchas probabilidades de que tenga un embarazo ectópico. Esto es cuando el embarazo se gesta fuera del útero. Esto requiere atención médica.
- Se pueden producir daños en la vejiga, en el uréter y/o en el intestino. Estos riesgos son menores.
- Sangrado que pueda requerir una transfusión.

Riesgos del enfoque laparoscópico:

- Dolor en el hombro, dolor abdominal o calambres, gases e hinchazón.

Riesgos asociados con fumar:

Fumar está vinculado con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos asociados con la obesidad:

La obesidad está vinculada con un aumento del riesgo de infección. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos específicos para usted:**Tratamientos alternativos:**

- No hacer nada. Puede decidir no hacerse el procedimiento.
Si decide que no se realice este tratamiento:
Existen otros métodos para el control de la natalidad.
Por favor consulte a su proveedor acerca de esas opciones.

Información general:

- Durante este procedimiento, el médico podría tener que realizar más procedimientos o procedimientos nuevos que los que acordé.
- Durante el procedimiento el médico podría tener que hacer más pruebas o tratamientos.
- Los tejidos u órganos tomados de mi cuerpo podrían ser sometidos a pruebas. Podrían guardarse para fines de investigación o enseñanza. Acepto que el hospital los deseche de un modo adecuado.
- Los alumnos, personas de ventas técnicas y otros integrantes del personal podrían estar presentes durante el procedimiento. Mi médico los supervisará.
- Se podrían tomar fotografías o grabar videos durante el procedimiento. Estos podrían agregarse a mi historial médico. Estos podrían publicarse con fines de enseñanza. Se protegerá mi identidad.

Al firmar este formulario acepto lo siguiente:

- He leído este formulario o el mismo me fue explicado con palabras que puedo comprender.
- Entiendo su contenido.
- He tenido tiempo para hablar con el médico. Mis preguntas fueron respondidas.

Nombre de la paciente: _____

Fecha de nac.: _____

- Deseo que se me realice este procedimiento: Cirugía para **esterilización de trompas**
- Entiendo que mi médico podría pedirle a un colega que realice la cirugía.
- Entiendo que otros médicos, incluidos los médicos residentes, u otros integrantes del personal podrían ayudar con la cirugía. Las tareas se basarán en su nivel de aptitud. Mi médico los supervisará.

Proveedor: Esta paciente podría requerir una prueba de grupo y compatibilidad o de grupo y compatibilidad cruzada, antes de la cirugía. Si así fuera, por favor obtenga el consentimiento para la sangre o los hemoderivados.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: **Paciente** **Pariente más cercano (relación)** _____ **Tutor**

Declaración del Intérprete: He traducido este formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico a la paciente, al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Intérprete: _____ Fecha: _____ Hora: _____

*Intérprete (si corresponde)***SOLO para Uso del Proveedor:**

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y la paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Explicación de la paciente:

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y la paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

La paciente muestra comprensión al relatar en sus propias palabras:

___ Las razones para el tratamiento o procedimiento: _____

___ Las zonas del cuerpo que serán afectadas: _____

___ Los beneficios del procedimiento: _____

___ Los riesgos del procedimiento: _____

___ Las alternativas al procedimiento: _____

O

___ La paciente decide no proceder: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(firma de la paciente)

Validado/Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____