

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

INTRODUCCIÓN

Apreciado Usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

EN QUÉ CONSISTE

La esterilización tubárica, conocida como ligadura de trompas o Pomeroy, consiste en interrumpir la continuidad de las trompas de Falopio para impedir el embarazo.

¿CÓMO SE HACE?

A través de una pequeña cirugía abdominal o durante otro tipo de cirugía ginecológica como cesárea o laparotomía.

BENEFICIOS

Es un método de planificación familiar definitivo. Evita el uso de otros métodos de planificación que pueden tener efectos adversos y ser menos efectivos.

POSIBLES COMPLICACIONES

Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. , existe un porcentaje de fallas alrededor del 0.5- 1%.

Como en toda intervención médica, existe riesgo de complicaciones que suceden durante o después de la operación, derivadas del acto quirúrgico o dependientes del compromiso del estado de salud particular de cada persona (hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o várices) no todas previsible

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

ni prevenibles.

Dentro de las complicaciones específicas que podrían suceder en éste procedimiento se encuentran:

1. Infección, hematoma o dehiscencia de la herida quirúrgica.
2. Hemorragia intra o postoperatoria: con la posibilidad de requerir transfusión o intervenciones quirúrgicas adicionales para su adecuado control, incluida la posibilidad de ooforectomía y aún hysterectomía.
3. Infecciones pélvicas o urinarias.
4. Otras complicaciones infrecuentes son:
 - Reacciones alérgicas a los medicamentos.
 - Retención urinaria postoperatoria.
 - Lesión de la vejiga, del uréter o intestino; circunstancias que implican tratamientos adicionales (sutura de la vejiga, reimplante vésico-ureteral, colostomía) por el riesgo de peritonitis.
 - Trombosis venosa, tromboembolismo pulmonar, atelectasia pulmonar, entre otras.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su adecuado control.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo _____
Fecha _____

• He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

• La cirugía descrita está aceptada por la especialidad _____ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación especial para su realización.

• He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

• He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.

• Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.

• Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.

• Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

• Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado. SI NO

• Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. SI NO

• Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares. SI NO

• Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. SI NO

Firmas

Paciente _____

Acudiente o tutor _____

Médico _____

Testigo _____