



Consentimiento Informado para Ligadura de Trompas de Falopio (Ley 26.130).

Datos del paciente:

Apellido.....
Nombre.....
Edad.....Años
Tipo y N° de documento: D.N.I.....
Domicilio.....

En caso de personas declaradas incapaces por sentencia judicial.

Datos del familiar, representante legal, o responsable.

Apellido.....
Nombre.....
Edad.....Años
Tipo y N° de documento: D.N.I.....
Domicilio.....
Parentesco o tipo de relación.....

DECLARO

Que el/la Doctor/a.....Fecha.....

Me ha explicado adecuadamente el procedimiento de ligadura de trompas de Falopio. Este procedimiento quirúrgico tiene como objetivo lograr mi esterilidad y doy mi consentimiento para la realización del mismo en forma voluntaria y por propia decisión.

La intervención de ligadura de trompas puede ser realizada por las siguientes formas de acceso abdominal:

- Laparotomía que consiste en abrir el abdomen como en las intervenciones tradicionales.
- Laparoscopia que consiste en introducir unos tubos pequeños en el abdomen a través de los cuales se practica la ligadura de trompas.
- Asociada a otro tipo de cirugía obstétrico-ginecológica, por ejemplo, después de realizar una cesárea en la misma intervención se ligan las trompas.

En mi caso concreto se realizará por.....

Existen diferentes técnicas quirúrgicas que van desde la ligadura propiamente dicha (con sutura o clip metálico), sección (corte) y cauterización (quemar), pudiendo combinar las anteriores. También existe la posibilidad de realizar salpinguectomía (extracción total de las trompas), técnica que tiene como objetivo la prevención del cáncer de ovario. En mi caso se realizará



Sé que existe la posibilidad de que durante el acto quirúrgico haya que modificar el procedimiento planteado debido a los hallazgos intra-operatorios, autorizando expresamente al médico para variar la técnica quirúrgica prevista de antemano para que se me realice el tratamiento más adecuado.

Aun siendo el método de ligadura de trompas el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5-1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.

Se me ha informado acerca de otros métodos anticonceptivos alternativos existentes en la actualidad de menor complejidad que no conllevan a una esterilidad definitiva y que me permiten mantener mi fertilidad ya que son reversibles tales como: métodos de barrera; anticoncepción hormonal; contracepción intrauterina; y métodos naturales.

También se me ha explicado explícitamente y entiendo claramente que la ligadura de trompas de Falopio es un método prácticamente irreversible, ya que la posterior recanalización es dificultosa y con pocas probabilidades de éxito. Existiendo la posibilidad de lograr un embarazo luego de ligadura tubaria mediante una fertilización in vitro.

Se me han realizado estudios prequirúrgicos completos. Todas éstas evaluaciones previas se encuentran adjuntadas a la historia clínica e indican que me encuentro en condiciones de que se me realice el procedimiento de ligadura de trompas, informándome que soy una paciente de riesgo quirúrgico grado.....

Se me ha advertido que el procedimiento quirúrgico requiere la administración de anestesia que puede ser:

General: Raquídea.....Peridural

Local..... Local Asistida.....

La administración de anestesia será valorada y realizada por el servicio de Anestesia, pudiendo llegar a modificarse durante el acto operatorio según las necesidades y de acuerdo a la tolerancia del paciente.

Entiendo también que durante o después de la intervención puede ser necesaria la transfusión de sangre y/o hemoderivados y que la disponibilidad de los mismos puede verse afectada según el tipo de grupo y factor sanguíneo. Estos procedimientos serán llevados a cabo por el personal especializado que me informará sobre los riesgos inherentes a los mismos, de los cuales el cirujano y su equipo quedan exentos de toda responsabilidad.

Como en toda intervención médica, existe un bajo riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital propia de cada paciente, saber:

Mayores de 40 años (), hipertensión arterial (), diabetes (), asma (), EPOC (),



pulmonares (), alergias (), obesidad (), malnutrición (), anemia (),
enfermedades hemorráigiparas (), hematológicas (), hipoalbuminemia (),
enfermedades cardíacas (), neurológicas (), ACV (), enfermedades varicosas (),
alteración de la función renal (), hipo/hipertiroidismo (), ansiedad/crisis de pánico (),
fumadora de Cigarrillos diarios (), etilista (),
Otras (.....)

Se me ha advertido de la necesidad de informar a todo el equipo sobre mis antecedentes alérgicos o medicamentosos, alteraciones de la coagulación, existencia de marcapasos y/o prótesis, ingesta de medicamentos que interfieran con la coagulación sanguínea como aspirina o cumarínicos, la medicación actual, como así también otro tipo de circunstancia.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en este tipo de cirugías pueden presentarse complicaciones intra-operatorias como hemorragias, lesiones de órganos vecinos como vejiga o intestino, lesión de vasos sanguíneos y/o nervios, complicaciones post-operatorias como hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida a nivel de piel y/ TCS o de la pelvis en general, retención aguda de orina, flebitis tromboflebitis, fallo en la cicatrización de las suturas retado de las mismas o dolor residual, adherencias post-quirúrgica con dolor pélvico crónico, eventración, que incluso pueden requerir una intervención de urgencia.

Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, en el período post-operatorio domiciliario, hasta que me sea otorgada el alta definitiva, así como a concurrir a los controles indicados, deslindando de responsabilidad al médico en caso de incumplimiento de las indicaciones médicas y/o abandono anticipado de las mismas por mi parte.

Se me han aclarado todas las dudas que he planteado en forma clara y totalmente comprensible. También tengo pleno conocimiento de que en cualquier momento y sin brindar explicaciones puede revocar este consentimiento, antes de la realización del acto quirúrgico.

Manifiesto que los términos empleados para informarme han sido claros y al alcance de mis conocimientos, habiendo comprendido totalmente su contenido, el alcance y los riesgos del procedimiento de ligadura de trompas.

En tales condiciones doy mi consentimiento para dejar constancia en una documentación gráfica, antes, durante y después del tratamiento, preservándome mi identidad, siendo este de propiedad compartida (una copia para el Hospital/Sanatorio/Clínica y otra para el paciente)

CONSENTIMIENTO: que se me realice la ligadura de trompas de Falopio.



.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI

.....

CIUDAD Y FECHA

REVOCABILIDAD:

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:

- Que se realice el procedimiento asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....

Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:.....