



Dirección General de la Salud
Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

FO-13120-006

"Documento de consentimiento informado para Ligadura Tubárica en mujeres y Vasectomía en hombres".

Página 1 de 3

Versión 2017

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO (Ligadura Tubárica en mujeres) VASECTOMÍA o LIGADURA DE CONDUCTOS DEFERENTES (en los hombres)

Quien suscribe
(Apellidos y Nombre de el/la usuario/a que requiere la intervención)
 de.....años de edad, C.I. N°..... con domicilio en

En caso de incapacidad de consentir:

Quien suscribe
(Apellidos y Nombre de el/la Representante legal)
 en mi calidad de representante legal de el/la usuario/a
 deaños de edad quien no puede tomar la decisión por su condición de:
 con domicilio en
 C.I. N°

DECLARO:

Que el/la Dr./a
(Apellidos y Nombre de el/la médico/a que proporciona la información)

Me ha explicado que:

1a) La intervención de oclusión tubárica, considerada en principio como irreversible, consiste básicamente en la **interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio**, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico:

- a) Microlaparotomía
- b) Laparoscópica
- c) Histeroscópica
- d) Vaginal
- e) Postcesárea (asimismo se puede realizar cesárea al término de la intervención)
- f) Con incisión umbilical con local o local potenciada

Aun siendo el método de oclusión tubárica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es de 100%. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce una nueva gestación. **Este porcentaje de fallos es de 0.4 a 0.6%**

1b) La intervención de la **VASECTOMÍA** en los hombres, se realiza **interrumpiendo la continuidad de los conductos deferentes**, con el objetivo de impedir nuevos embarazos en las mujeres y definir las decisiones y responsabilidades masculinas en la procreación.

APROBADO POR:

Dra. Ana Visconti
 As. Responsable
 Ar. Prog. SS y SR
 M.S.P.

Lic. Noemi Ramirez
 Área Mejora Continua
 Ministerio de Salud Pública

REVISADO POR [Firma]

Dr. RAFAEL AGUIRRE
 Asesor Responsable
 Área Programática
 Atención Integral de Salud de la Mujer
 M.S.P.

ELABORADO POR [Firma]



Dirección General de la Salud
Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

FO-13120-006

"Documento de consentimiento informado para Ligadura Tubárica en mujeres y Vasectomía en hombres".

Página 2 de 3

Versión 2017

Para la realización de la técnica existe una vía que consiste en la ligadura de los mismos a nivel de la zona inguinal a nivel subcutáneo, en la emergencia de dicho conducto. La técnica se realiza con anestesia local. Los riesgos son mínimos y los fallos similares expresados.

2) Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Asimismo, pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:

- a) Intraoperatorias (hemorragias, lesiones de órganos vecinos)
- b) Postoperatorias:
 - i Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia...).
 - ii Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelvi peritonitis, hemorragia...)

Imprevistos: Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

3) Por mi situación actual, el médico/a me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

4) Alternativas: Existen otros métodos de contracepción no definitivos:

- a) Métodos de barrera en ambos sexos
- b) Anticoncepción Hormonal en mujeres
- c) Dispositivo Intrauterino en mujeres
- d) Métodos Naturales en ambos sexos

5) Anestesia: Estas técnicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del servicio de Anestesia

6) Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que en todo caso, se realizará con las garantías debidas y por el personal facultativo calificado para ello.

7) Anatomía Patológica: La pieza o pieza extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o su representante legal en su caso, informados del resultado del estudio.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones, y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

APROBADO POR:

Dra. Ana Visconti
As. Responsable
Ar. Prog. SS y SR
M.S.P.

Lic. Noemi Ramirez
Area Mejora Contin.
Ministerio de Salud

REVISADO POR:

Dr. RAFAEL AGUIRRE
Asesor Responsable
Area Programática
Atención Integral de Salud de la Mujer
M.S.P.

ELABORADO POR:



Dirección General de la Salud
Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

FO-13120-006

"Documento de consentimiento informado para Ligadura Tubárica en mujeres y Vasectomía en hombres".

Página 3 de 3

Versión 2017

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me realice una: **INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBÁRICA O LIGADURA DE DEFERENTES**

En, URUGUAY, fecha.....

.....
 Firma de el/la médico/a

.....
 Firma de el/la usuario/a que proporciona la información

.....
 Representante Legal (si procede) (explicitar condición de el/la usuario/a que requiere Representante Legal)

Revocación de Consentimiento
 para Ligadura Tubárica o Vasectomía

Quien suscribe

(Apellidos y Nombre de el/la usuario/a que requiere la intervención)

deaños de edad quien no puede tomar la decisión por su condición de

..... con domicilio en

..... C.I. N°

Quien suscribe

(Apellidos y Nombre de el/la Representante legal)

en mi calidad de representante legal de el/la usuario/a

deaños de edad quien no puede tomar la decisión por su condición de

..... con domicilio en

..... C.I. N°

REVOCO el consentimiento prestado en fecha

y no deseo proseguir el tratamiento propuesto que doy con esta fecha por finalizado.

En....., URUGUAY, a

.....
 Firma de el/la médico/a

.....
 Firma de el/la usuario/a que proporcionó la información

.....
 Representante Legal (si procede) (explicitar condición de el/ la usuario/a que requiere Representante Legal)

APROBADO POR:

Dra. Ana Visconti
 As. Responsable
 Ar. Prog. SS y SR
 M.S.P.

Lic. Noemi Ramirez
 Área Mejora Continua
 Ministerio de Salud P.U.

REVISADO POR:

Dr. RAFAEL AGUIRRE
 Asesor Responsable
 Área Programática
 Atención Integral de Salud de la Mujer
 M.S.P.

ELABORADO POR: