

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN Y/O RETIRADA DE IMPLANTE SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El implante anticonceptivo es una pequeña varilla del tamaño de una cerilla (unos 4 centímetros de largo y 2 milímetros de ancho) que se coloca debajo de la piel del brazo. Esta varilla libera una hormona llamada gestágeno de forma lenta y constante.

La hormona evita el embarazo actuando de varias formas: hace que el moco del cuello del útero sea más espeso, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, retrasa el movimiento del óvulo, evita que el ovario libere óvulos (no hay ovulación), cambia el revestimiento del útero para que sea menos probable que ocurra un embarazo.

También puede reducir el sangrado menstrual, lo que es útil para mujeres que tienen reglas muy abundantes.

El implante se coloca en los primeros 7 días desde que empieza la menstruación. Este se inserta en la parte interna del brazo, usando anestesia local y haciendo un pequeño corte en la piel. Se recomienda usar otro método anticonceptivo que no tenga hormonas (como el preservativo), para asegurar protección completa.

El implante protege contra el embarazo 3 años. Cuando se retira, la mujer puede volver a quedar embarazada.

La finalidad de este tratamiento es evitar embarazos. También ayuda a reducir el sangrado menstrual en mujeres que tienen reglas muy abundantes.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Con este tratamiento puede darse efectos no deseados, como:

- Alteraciones del sangrado habitual en la menstruación.
- Presencia de acné.
- Dolor de mamas.
- Aumento de peso.
- Disminución del deseo sexual.
- Aparición de quistes de ovario asintomáticos.
- Rara vez puede producirse una introducción profunda o el desplazamiento del implante a otras zonas del brazo. En tal caso puede reducir la eficacia del anticonceptivo y excepcionalmente puede migrar a zonas peligrosas como vasos sanguíneos, lo que requiere intervención médica urgente.
- Dificultad para retirar el implante lo que implicaría hacer una incisión más grande o usar rayos X o ecografía para encontrarlo.
- Fractura del implante (muy poco frecuente).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión  
 Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Embarazo confirmado o sospechado.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otros métodos son:

- Métodos naturales.
- Métodos barrera.
- Métodos hormonales.
- Ligadura de trompas.

### AUTORIZACIÓN PARA "INSERCIÓN Y/O RETIRADA DE IMPLANTE SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
*Servicio de Obstetricia y  
Ginecología*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,

Firma del representante legal: