

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OCLUSIÓN TUBÁRICA QUIRÚRGICA

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

Es un método anticonceptivo permanente que consiste en bloquear, cerrar o seccionar las trompas de Falopio en la mujer. Esto impide que los óvulos y los espermatozoides se encuentren, evitando así el embarazo.

Para realizar esta técnica, existen varias formas:

☐ **Laparoscopia:** se hace a través de pequeños cortes en el abdomen. Por esos cortes se introduce una cámara pequeña y unos instrumentos para cortar o cerrar las trompas. También se inyecta gas en el abdomen para facilitar el trabajo. Esta técnica causa menos dolor después de la operación, tiene menos complicaciones en la herida, permite una recuperación más rápida y la mujer puede volver a sus actividades normales en menos tiempo.

☐ **Postcesárea:** se realiza un corte y se ligan las trompas en ese momento.

☐ **Vía vaginal:** se hace un corte y se cierran las trompas a través de la vagina.

☐ **Histeroscopia:** se realiza introduciendo a través del cuello del útero una lente pequeña conectada a una cámara externa que permite visualizar el interior del útero. Mediante esta técnica se insertan dispositivos o sustancias que bloquean los orificios de las trompas en la cavidad del útero.

☐ **Minilaparotomía:** generalmente se hace después del parto o ante la sospecha de problemas con adherencias en los órganos del abdomen. Consiste en hacer un pequeño corte en el abdomen y cerrar o seccionar las trompas.

El médico le indicará el tipo y la forma en que se llevará a cabo la intervención que se le ha indicado.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La finalidad de esta cirugía es evitar que la mujer quede embarazada en el futuro.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA.

Contracepción irreversible y permanente.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Sangrado leve.
- Infección de orina.
- Hematomas.
- Seromas (acúmulo de líquido en la herida).

**Riesgos poco frecuentes y graves:**

- Hemorragia.
- Lesiones de órganos vecinos.
- Eventración.
- Infección abdominal.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

**Riesgos de la cirugía laparoscópica:**

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a otro tipo de tratamientos 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**

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Métodos de barrera.
- Anticoncepción hormonal.
- Contracepción intrauterina.
- Métodos naturales.

## AUTORIZACIÓN PARA "OCLUSIÓN TUBÁRICA QUIRÚRGICA"

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:

### 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: