

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

#### Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende evitar la procreación de una forma permanente.

#### Características

Para la esterilización femenina (cierre de las trompas), existen en la práctica actual dos vías de abordaje; la tradicional que consiste en hacer una incisión abdominal de  $\pm 3$  cm y a través de ella exteriorizar las trompas. Dentro de las desventajas de esta vía de abordaje se describen mayores requerimientos de anestesia, mayor manejo de dolor, así como recuperación y hospitalización más prolongadas que bajo la técnica laparoscópica.

#### Técnicas:

abdominal/tradicional: por su sencillez y efectividad (fracasos del 5%) se efectúa la sección de ambas trompas (operación de Pomeroy).

Existen operaciones algo más complejas que esconden el extremo cortado de la trompa debajo del peritoneo (ops. de Ushida, Irving y otras) que dan resultados aún más seguros, pero se usan excepcionalmente porque requieren más tiempo operatorio y pueden producir más complicaciones.

La otra vía de abordaje es la laparoscópica: A través del ombligo se introduce un tubo óptico que permite el paso de instrumentos destinados a ocluir las trompas. Sus desventajas son el mayor costo y una mayor incidencia de fracasos y complicaciones (del 0,5 al 3%), y las menores posibilidades de éxito de la reintervención para recuperar la fertilidad. Su gran ventaja es el reintegro precoz a las labores habituales.

#### Técnicas laparoscópicas:

- Sección con láser o cauterización bipolar.
- Oclusión de las trompas con clips, anillos retráctiles o puntos.
- Cauterización de la zona central de las trompas, con o sin sección de ellas.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

#### Riesgos

Para una técnica de apertura abdominal, las complicaciones esperables son reducidas al menor grado al no ser extirpados órganos ni tejidos muy vascularizados. En cualquier caso, pueden aparecer con relativa frecuencia: náuseas, pequeñas hemorragias vaginales, dolor abdominal o molestias urinarias.

Pueden aparecer otras complicaciones que, aunque menos frecuentes, revisten mayor gravedad, tales como: hemorragias abdominales o infecciones. También es posible que, como consecuencia de los hallazgos operatorios o por complicaciones subyacentes, sea necesaria una ampliación del procedimiento original.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal