



COMUNICADO AL CUERPO MÉDICO

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Montevideo, jueves 14 de diciembre de 2006

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTERILIZACIÓN FEMENINA Y MASCULINA (LIGADURA DE TROMPAS UTERINAS O CONDUCTOS DEFERENTES)

La Dirección General de la Salud de esta Secretaría de Estado, recuerda al Cuerpo Médico actuante que rige el decreto N° 258/992, que refiere al deber médico de informar adecuadamente al usuario/usuario y el requisito del *Libre Consentimiento Informado*, que tiende a recabar la voluntad expresa de los mismos respecto a la realización del acto médico de referencia: esterilización femenina y masculina (ligadura de trompas uterinas o conductos deferentes).

Según la disposición vigente, no hay ninguna exigencia al consentimiento de tercera persona alguna; solamente exige capacidad y mayoría de edad de 21 años.

Es por ello que, cumpliendo con dichos requerimientos, para realizar la intervención SOLAMENTE es necesario la solicitud escrita de la persona en cuestión.

Se adjunta Formulario requerido.

**Dirección General de la Salud
Programa Nacional de Salud de la Mujer y
Género**

**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 la paciente que requiere la intervención) deaños de edad,
con domicilio en.....C.I. N°

Quien suscribe.....

(Apellidos y Nombre del Representante legal)
en mi calidad de representante legal de el/la paciente.....
.....deaños de edad quien no puede tomar la decisión por su
condición de.....

con domicilio en.....C.I. N°

DECLARO:

Que el Dr./ Dra.....

(Apellidos y Nombre del médico/a que proporciona la información)

Me ha explicado que :

1. 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%**

1ª. 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. 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 podrías 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:
 1. Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia...)
 2. 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.
Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una:

INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBÁRICA O LIGADURA DE DEFERENTES

En, URUGUAY, fecha.....

Firma de médico/a
que proporciona la información

Firma del/la paciente

Representante Legal (si procede)

Jefe/a de Servicio

(explicitar condición de la paciente que requiere Representante Legal)

Revocación de Consentimiento

para Ligadura Tubaria o Vasectomía

Quien suscribe..... (Apellidos y Nombre del/la paciente que requiere la intervención)

deaños de edad,
con domicilio en.....
C.I. Nº

Quien suscribe..... (Apellidos y Nombre del Representante legal) **en mi calidad de representante legal del/la paciente**.....

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

con domicilio en.....
C.I. Nº

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 médico/a
que proporcionó la información

Firma del/la Paciente

Representante Legal (si procede) Jefe/a de Servicio
(explicitar condición de la paciente que requiere Representante Legal)

ASESORÍA TÉCNICA EN COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

18 de Julio 1892 / Quinto Piso / Oficina 501

Teléfonos : 4091015-4092534-4093738

E-mail: comunicaciones@msp.gub.uy