

Guía para instrumentación de CONSENTIMIENTO PARA LIGADURA DE TROMPAS

A continuación se consigna modelo para la instrumentación del consentimiento de Ligadura de trompas, el cual deberá ser celebrado cada vez que el establecimiento se disponga a realizar la misma.

Sin perjuicio de ello, hacemos presente a la Dirección Médica, y por su intermedio a todos los profesionales que presten servicios en vuestra Institución, que en cada caso deberá tenerse presente y darse estricto cumplimiento a lo prescripto por la ley 26.130, en sus artículos 2º, 3º y 4º.

ARTICULO 2º: Requisitos. Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado.

ARTICULO 3º: Excepción. Cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla.

ARTICULO 4º última parte: debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información (la que se plasma en el consentimiento informado), debidamente conformada por la persona concerniente.

CONSENTIMIENTO PARA LIGADURA DE TROMPAS.

Ciudad y Fecha:...../...../20.....-

1. Yo....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, solicito y

en consecuencia autorizo al Dr./a, y a su equipo quirúrgico, a realizar la intervención conocida como Ligadura de trompas, por vía

..... (consignar si es convencional o laparoscópica), requiriendo que la misma se lleve a cabo en

2. Se me ha explicado en términos claros y sencillos que la ligadura de trompas es un método anticonceptivo quirúrgico que consiste en la oclusión de las trompas de Falopio, de manera tal que quede cerrado la unión de los espermatozoides con los óvulos. Con este procedimiento se elimina casi totalmente la posibilidad de embarazo, dando como resultado una esterilidad casi irreversible, sin que medien técnicas de reproducción asistida y/o cirugía plástica tubaria, que asimismo no garantizan la fertilidad.

3. El procedimiento quirúrgico me ha sido totalmente explicado por el médico, por lo que no tengo ninguna duda de que quiero poner fin a mi fertilidad; entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos o eventuales complicaciones que pudiesen sobrevenir con motivo de la intervención.

4. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos también me han sido específicamente aclarados:

4.1 En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

4.2 La ligadura de trompas es un procedimiento voluntario, por lo que no tengo ninguna obligación o necesidad terapéutica de optar por esa práctica, pudiendo apelar a otras alternativas anticonceptivas no definitivas, como los siguientes: Profilácticos, hormonales, dispositivo intrauterino, etc. Se me han explicado las características y alcances de cada uno de esos métodos, y sus diversas variantes.

4.3 Que también existe un método quirúrgico de anticoncepción definitiva para el varón, llamado vasectomía.

4.4 Que siendo la ligadura de trompas un método muy efectivo de planificación familiar, su efectividad no es del 100%, ya que en ciertas ocasiones puede producirse un nuevo embarazo a pesar de que la intervención quirúrgica se realice con una técnica y táctica correcta.

4.5 La ligadura de trompas no previene el contagio del virus del SIDA ni el de ninguna otra enfermedad de transmisión sexual.

5. Las principales complicaciones que pueden originarse durante o luego de la ligadura de trompas son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con la situación vital del paciente, como asimismo las descritas por la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: hemorragias, lesión de órganos vecinos (vías urinarias e intestino), seromas, infecciones de la herida o de la pelvis en general, fístulas, adherencias posquirúrgicas

con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal), disconfort posoperatorio como consecuencia del neumoperitoneo (en técnica laparoscópica), fallo en la ligadura de trompas.

6. Conozco que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o medidas terapéuticas que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

7. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará

anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

8. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 inc. g) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que(marcar "SÍ o NO") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-----

10. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:.....

11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

13. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....