

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECANALIZACIÓN TUBÁRICA

Nº Historia: .....

Doña: .....de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en .....y DNI Nº.....

Don/Doña: .....de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº.....

En calidad de ..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

### DECLARO

Que el DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar un intento de RECANALIZACIÓN TUBÁRICA por presentar .....

1. La recanalización tubárica consiste en intentar por medios quirúrgicos **que la trompa vuelva a ser permeable** (permita el paso a través de su interior), con el objetivo de favorecer un embarazo. Sus principales indicaciones son: esterilidad tras oclusión tubárica y obstrucciones o adherencias tuboperitoneales no graves.

La vía de abordaje para esta técnica puede ser:

- a. Laparoscópica
- b. Laparotómica

Las técnicas empleadas podrán ser: Liberación de adherencias, desaglutinación de las fimbrias, neosalpingostomías (crear un nuevo orificio), anastomosis (unión de 2 segmentos tubáricos) y combinaciones de los anteriores.

Los resultados de la técnica en términos de embarazo no son elevados, **dependiendo** fundamentalmente del **grado de afectación tubárica y de su etiología**. El porcentaje de gestaciones tras la cirugía oscila, según la etiología, del 20 al 60%. El porcentaje de embarazo ectópico se incrementa con respecto a la población sana, no por la intervención en sí, sino por la patología que ocasionó la obstrucción.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Asimismo, pueden aparecer complicaciones específicas como:

- a. Intraoperatorias: hemorragias, lesión de órganos vecinos, quemaduras por bisturí eléctrico...
- b. Postoperatorias:
  1. leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica -dolor de hombro, anemia...)
  2. graves y excepcionales (eventraciones, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragia, perforaciones tardías de órganos huecos...)

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica prevista de antemano y su reconversión al procedimiento terapéutico adecuado de la complicación surgida.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

4. **Anestesia:** Estas técnicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

**He comprendido** 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 **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.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una TÉCNICA DE RECANALIZACIÓN TUBÁRICA

En .....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

### REVOCACIÓN

DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)