|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CONSENTIMIENTO PARA INSERCIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVOS DE PLANIFICACIÓN** | | | |
| **PROCESO** | **2.3. CONSULTA EXTERNA** | **CODIGO** | **2.3.2. R16 F01** |
| **SUB PROCESO** | **2.3.2. ENFERMERIA** | **VERSION** | **03** |
| **TIPO** | **FORMATO** | **FECHA** | **15/05/2025** |
| SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD E.S.E. CENTRO DE SALUD “SAN VICENTE FERRER DE SABOYÁ – BOYACÁ | | | | |

**Datos de identificación del Paciente**

**Nombre**

**Documento de identidad de**

**Etnia:** Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

**Población Vulnerable:** Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_

APRECIADO USUARIO: Usted va a ser sometido a un procedimiento diagnóstico no invasivo por parte del servicio de Unidad de toma de muestras. En este documento se explica en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leer con atención este documento; en señal de conformidad con la información recibida y con la realización del procedimiento planteado, deberá firmar el formato correspondiente. Cumplido este requisito procederemos a realizar el procedimiento.

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Inserción dispositivo Intrauterino (DIU):** consiste en la introducción dentro del útero de un pequeño aparato fabricado en plástico, en forma de “T”, con revestimiento de cobre con fines anticonceptivos,

**Beneficios:** genera un incremento y espesor del moco cervical que va interferir el paso de los espermatozoides, hacia las trompas de Falopio, protege por diez (10) años y la efectividad de este es del 98%.

**Complicaciones:** perforación del útero durante la colocación. enfermedad inflamatoria pélvica. no visualizar los hilos. infección del útero.

**Retiro Dispositivo Intrauterino (DIU):** se extrae del útero el aparato fabricado en polietileno flexible, en forma de “T”, el cual había sido puesto con fines anticonceptivos. Este se realiza según las siguientes condiciones: Si la paciente desea embarazarse, Si el Dispositivo Intrauterino (DIU) se encuentra fuera del útero, Si el manchado y las menstruaciones son abundantes y persistentes por varios meses después de insertado, Si el paciente presenta algún signo de alarma, infección y/o complicación y elección de otro método.

**Recomendaciones post procedimiento:**

**Abstinencia:**No tener relaciones sexuales con penetración vaginal, ni utilizar tampones, duchas vaginales o baños de inmersión durante los primeros 7 días.

**Cuidado de la zona genital:** Evitar la inserción de objetos en la vagina para evitar irritaciones o infecciones.

**Uso de métodos anticonceptivos de respaldo:** Durante la primera semana después de la colocación del DIU, se recomienda utilizar un método anticonceptivo adicional, como el preservativo, mientras el cuerpo se adapta al nuevo dispositivo.

**Dolor y sangrado:**Es posible experimentar cólicos leves y sangrado leve (manchado) durante uno o dos días después de la inserción. Se recomienda tomar analgésicos si es necesario.

**Citas de seguimiento:** Se recomienda programar una cita de seguimiento con el médico para revisar que el DIU esté en su lugar y que no haya complicaciones.

**Cuidado de los hilos del DIU:** Es importante estar atento a los hilos del DIU para asegurarse de que están en su lugar. Si no se pueden sentir los hilos, se debe solicitar una cita de revisión.

**Signos de alarma:** Consultar al médico inmediatamente si se presenta alguna de las siguientes situaciones: fiebre, dolor pélvico intenso, sangrado vaginal abundante, secreción vaginal con olor desagradable, o si se cree que puede estar embarazada.

**Inserción Implante Subdérmico:** Consiste en dos varillas cilíndricas flexibles de silicona, cada varilla contiene 75 mg de Levonorgestrel (LNG) que se implanta en la subdermico de la cara interna del brazo, usualmente en el miembro superior no dominante de la paciente

**Beneficios:** es un anticonceptivo reversible que protege según el tiempo indicado en la asesoría de planificación familiar indicando que existen de (5 años, 4 años, 3 años) y tiene una efectividad del 99%.

## Indicaciones y contraindicaciones

El implante subdérmico está indicado para mujeres en edad reproductiva que deseen una **anticoncepción continuada**, especialmente en aquellas que:

No toleren los efectos adversos de los anticonceptivos orales.

Tengan contraindicado el uso del [dispositivo intrauterino](https://www.reproduccionasistida.org/diu-dispositivo-intrauterino/) ([DIU](https://www.reproduccionasistida.org/diu-dispositivo-intrauterino/)).

Tengan dificultades para recordar la toma de pastillas o la colocación de anticonceptivos como anillos mensuales o parches.

Sin embargo, los implantes anticonceptivos no están aconsejados cuando se trate de algunos de los siguientes casos:

* Mujeres que sospechen que pueden esta **embarazadas**.
* Mujeres que presenten **sangrado vaginal** no diagnosticado.
* Mujeres con **alergia** al principio activo del implante.
* Otros motivos, tales como que la mujer presente tromboembolia venosa activa, antecedente de IAM, accidentes cerebrovasculares, enfermedad hepática, migrañas, cefaleas frecuentes.

**Retiro del Implante Subdérmico:** Proceso mediante el cual se extrae del brazo el implante subdérmico, el cual había sido puesto con fines anticonceptivos, explicando previamente el procedimiento que se le realiza y cómo, usando anestesia local (lidocaína) ya que este permite bloquear las señales de las terminaciones nerviosas de la piel e impide que el paciente no sienta dolor, se valora el estado en el que se encuentren las barras si es una o dos, previamente a esto se deja vendaje seguro, se le menciona el riesgo de infección que puede tener al exponer la herida.

**Recomendaciones post colocación o retiro de imlante subdérmico:**

**Limpieza y sequedad:** Mantener el área seca durante las primeras 24 horas después de la inserción o retiro del implante es crucial para prevenir infecciones.

**Vendaje:** El vendaje compresivo debe ser retirado después de 24 horas, y una venda adhesiva debe ser mantenida en el sitio por 3-5 días.

**Actividades:** Se recomienda evitar actividades que puedan irritar la zona, como deportes o actividades físicas intensas, durante los primeros días.

**Dolor:** Si experimenta dolor, puede usar una compresa de hielo o tomar analgésicos de venta libre.

**Hematomas:**Es común que aparezca un pequeño hematoma o moretón en la zona, que desaparecerá sin causar daño.

**Avisar al profesional de la salud:** Si experimenta alguna complicación, como enrojecimiento, hinchazón, pus o fiebre, es importante reconsultar

**No tocar el área de inserción o retiro de implante subdermico** Se recomienda evitar tocar o palpar el implante durante las primeras dos semanas.

**Disentimiento:**

En caso de no aceptar y rechazar voluntariamente el procedimiento propuesto e informado por el personal de salud de la ESE, manifiesto que asumo toda responsabilidad y libero de la misma a la ESE.

**DECLARACIÓN DE FIRMAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen el procedimiento anteriormente explicado | **SI** | **NO** |  | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
|  |  |  |
| **Nombres completos** |  | |  |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |  |
|  |  | |
|  |  |
|  | **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | |  | **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |  | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** | |  | **FIRMA** | |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El médico me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace, y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, doy mi consentimiento para que él(los) doctor(es), y el personal auxiliar que el (ella) (ellos) precise(n) le realicen este procedimiento.

*“En Salud Somos Todos”*

CRA. 11 No. 5-20 - Saboya (Boyacá) \* PBX: 7255109 \* esesaboyasanvicente@msn.com \* www.esesanvicenteferrer.gov.co