

**Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Programa de Salud Sexual y Reproductiva**

**Consentimiento informado para la colocación de implantes anticonceptivos subdérmicos**

El implante subdérmico es un método contraceptivo eficaz, seguro y reversible. Consiste en la colocación de un dispositivo que libera una hormona debajo de la piel en la cara interna del brazo a fin de evitar la concepción. La protección que brinda en la prevención del embarazo es comparable a lo de los métodos hormonales (pastillas anticonceptivas, inyectables, etc.). resulta un método cómodo ya que no necesita ni de un control ni de una aplicación diaria y constante como los anticonceptivos orales o los métodos de barrera (preservativo, diafragma, etc.) y la usuaria debe hacer sus controles ginecológicos de rutina.

**El Sistema Publico de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires** cuenta con los siguientes métodos anticonceptivos, a saber:

**Métodos de Barrera (preservativo o condón)** Es un método muy seguro si es usado correctamente. Evita el embarazo y es el único que protege del VIH/Sida y de otras infecciones de transmisión sexual. Impide que los espermatozoides lleguen a fecundar al óvulo. Debe usarse uno en cada relación sexual, colocándolo desde el comienzo de la relación, antes de la penetración.

**Métodos hormonales:** pastillas anticonceptivas, inyectables. Impiden que se produzca la ovulación. Son métodos muy seguros y totalmente reversibles

**Dispositivo intrauterino (DIU):** Es un método contraceptivo eficaz, seguro y reversible. Consiste la colocación de un dispositivo en el útero a fin de evitar la concepción. Actúa inmovilizando a los espermatozoides para que no lleguen a fecundar al ovulo (mecanismo preconceptivo) y como cuerpo extraño, producen cambios anatómicos y bioquímicos que serian toxicos para los espermatozoides. La protección que brinda en la prevención del embarazo es comparable a la de los métodos hormonales (pastillas anticonceptivas, inyectables, etc.). resulta un método cómodo y de larga duración (10 años).Las usuarias ideales para el DIU son aquellas que no registran antecedentes de enfermedad inflamatoria pelviana (EPI) reciente, que registran menstruaciones sin perdidas sanguíneas excesivas, sin dolor y que pueden acceder a un control ginecológico periódico.

**Anticoncepción de emergencia:** no reemplaza a los métodos anticonceptivos y es de uso excepcional en caso de falla del método anticonceptivo utilizado (olvido del anticonceptivo hormonal, expulsión del DIU, rotura del preservativo) o una relación sexual sin protección. Se debe tomar lo antes posible, hasta 5 días después de la relación sin protección. Cuanto antes se tome, es mas efectiva. Actúa impidiendo la ovulación y/o dificultando el movimiento de los espermatozoides. No es abortiva.

**Anticoncepción quirúrgica:**

En el varón: la vasectomía. Es una cirugía que consiste en cortar o ligar los conductos que llevan los espermatozoides llamados conductos deferentes. No tiene efectos sobre el deseo y la potencia sexual.

En la mujer: la ligadura de trompas. Es la intervención quirúrgica de las trompas de Falopio que conectan los ovarios con el útero, impidiendo el encuentro del ovulo con el espermatozoide.



* **Mecanismo de acción del implante**

Los implantes subdérmicos actúan impidiendo que se produzca la ovulación y dificultando el pasaje de los espermatozoides a través del moco del cuello uterino.

* **Beneficios asociados al uso de implantes**
* Método de larga duración (3 años)
* Seguro para la salud
* Es muy eficaz (99.9): no tiene fallas por autoadministración
* Al retirarlo se recupera inmediatamente la fertilidad
* Lo pueden utilizar mujeres que están amamantando
* Lo pueden utilizar mujeres con contraindicaciones para el uso de estrógenos (fumadoras, hipertensas controladas, etc.)
* Disminuye los dolores menstruales
* **Inconvenientes asociados a la colocación y extracción del implante**
* La inserción o la extracción del implante pueden causar cierta contusión, irritación, dolor o prurito local
* Puede ocurrir fibrosis en el sitio de inserción
* **Consecuencias posibles asociadas al implante**
* Cambios en el sangrado menstrual: las menstruaciones pueden continuar siendo regulares, pueden ser mas escasas, mas prolongadas, irregulares y en algunos casos la usuaria puede no menstruar, no constituyendo ninguna de estas situaciones un problema para su salud ni para su fertilidad futura.
* Tasas de extracción por sangrado frecuente o prolongado: 10%
* Aumento de peso: como toda progesterona, lo puede causar en algunas mujeres susceptibles, aproximadamente en el 6.4% de las usuarias en forma gradual (1.5% a 2% por año de uso
* **Efectos adversos infrecuentes**
* Se puede formar una cicatriz o desarrollar un absceso
* Puede ocurrir parestesia (disminución de la sensibilidad de la zona)
* Puede ser posible la migración del implante
* En muy pocos casos puede ser necesaria la intervención quirúrgica para extraer el implante
* En raras ocasiones se han reportado embarazos ectópicos.

Buenos Aires ……… de……………….. de……………

Mi firma abajo confirma que:

Por la presente yo, ………………………………………………………………………………………., autorizo al

Dr/Dra ………………………………………………………………………. para que se me coloque un implante subdérmico que he solicitado para satisfacer mi necesidad de anticoncepción.

Reconozco haber recibido información completa de todos los métodos anticonceptivos y de las alternativas de tratamiento y procedimientos posibles, y haber elegido al implante subdérmico.

El Dr/Dra. ……………………………………………………………. me ha explicado completa y claramente la naturaleza y propósitos del procedimiento y me ha informado también los esperados beneficios y la posible aparición de complicaciones (por causa conocida o no conocida), molestias concomitantes y riesgos que puedan producirse.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

**Paciente**

Nombre y Apellido …………………………………………………………………………… DNI…………………………………………………………………………

Firma …………………………………………………..

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completa y satisfactoriamente las preguntas hecha.

**Médico tratante**

Nombre y Apellido ………………………………………………………………

DNI …………………………………………………………………………

Firma …………………………………………………..