



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO GINECOLOGICO

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre)

En forma voluntaria consiento en que el (la) Doctor (a) \_\_\_\_\_, me realice  
LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO por presentar

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en ingresar a la cavidad uterina (parte interna del útero o matriz donde se desarrolla un bebe) lo cual se hace por vía vaginal ingresando a través del cuello uterino, por donde se pasan pinzas especiales, legras romas y/o cortantes, o bien por sistema de aspiración y se procede a la extracción del tejido endometrial usualmente con un objetivo diagnóstico y algunas veces también terapéutico. En algunos casos es necesario preparar el cuello para lograr su dilatación, para lo cual se utilizan medicamentos como las prostaglandinas y misoprostol; y aun así en algunas ocasiones se requiere el uso de instrumentos rígidos dilatadores del cuello. Comprendo que este es un procedimiento que no garantiza la extracción de algunas lesiones existentes en la cavidad uterina como miomas submucosos y pólipos. Se me ha explicado que existen otras metodologías diagnósticas y terapéuticas como la histeroscopia.

Después del procedimiento puedo quedar sangrando en días y cantidad semejante a una regla.

Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independiente del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de un legrado: infecciones (urinarias, uterinas, de las trompas...), desgarro del cuello uterino, hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o postoperatoria, perforación de útero. Existen otros riesgos menos frecuentes como: abscesos, dolor pélvico, adherencias (pélvicas o intrauterinas). También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como infertilidad, infecundidad, pelvi peritonitis (infección de la pelvis y abdomen), trombosis (coágulos que viajan por los vasos sanguíneos) o muerte que aunque son poco frecuentes representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, él (la) Dr. (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para esta cirugía, se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesiología.

Entiendo que el material que se saque se someterá a estudio anatomopatológico posterior en \_\_\_\_\_ siendo mi deber reclamar su resultado e informarlo al médico.

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico aquí autorizado. En tales condiciones consiento que se me realice LEGRADO UTERINO.

Firma de la paciente

CC. #

Firma del esposo, compañero o testigo

CC #.

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

**ASOCIACION VALLECAUCANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
SOVOGIN**