



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO OBSTETRICO

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre)

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

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en limpiar la cavidad endometrial (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 de restos ovulares o endometriales. 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. A veces es necesario un segundo legrado para completar esta evacuación sobre todo en los casos de aborto retenido.

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 mas 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 y persistencia de restos. 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 pelvis y abdomen), trombosis (coágulos que viajan por la sangre) 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 _____