

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO OBSTETRICO TERAPEUTICO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La Paciente ..... de ..... años

CC N° ..... de .....

Y/o El Señor/Señora .....

CC N° ..... de .....

en calidad de representante legal; familiar o allegado.

### DECLARAN:

Que el Doctor: .....; identificado con CC N° .....de ..... ; Ginecólogo Obstetra con R M:..... Me ha explicado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación, un LEGRADO OBSTETRICO TERAPEUTICO para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La intervención consiste en la extracción por vía vaginal de los restos del embarazo.
2. El principal propósito del legrado es limpiar la cavidad endometrial (parte interna del útero) de restos ovulares; es decir, Trofoblasto/decidua/amnios/placenta/emhrión/feto y de coágulos sanguíneos.
3. En algunos casos puede existir la alternativa de manejo médico del aborto con medicaciones que faciliten la expulsión de los restos del embarazo(misoprostol, mifepristone)
4. En algunos casos es necesario dilatar el cuello del útero o colocar el día anterior medicaciones o elementos (Tallo laminario) que dilaten el cuello.
5. Muy ocasionalmente puede ser necesario realizar un segundo legrado para completar la evacuación, sobre todo en aquellos casos de: úteros grandes con pérdidas de embarazos mayores a las 10 semanas, sacos anembrionados o embriones o fetos muertos y retenidos, embarazos molares, obliteraciones importantes del orificio cervical interno del útero o en patologías uterinas.
6. De manera expresa ..... autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatornopatológico( escriba Sí ó NO en el espacio en blanco)
7. El legrado Obstétrico terapéutico requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
8. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e

impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo hasta de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del: acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente tales como: *Mayores de 40 años, Hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, mal nutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.*

Por lo tanto, por mi situación actual de: ..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones

9. Las complicaciones propias de esta intervención son:

- *Perforación del útero:* principalmente en, úteros en retroversoflexión, Perdidas gestacionales mayores de 10 semanas, primigestas con obliteraciones del orificio cervical externo, patologías uterinas como adenomiomatosis, sinequias, malformaciones o cirugías uterinas previas.
- *Persistencia de restos ovulares:* principalmente en perdidas gestacionales mayores de 10 semanas, patologías uterinas como sinequias, malformaciones, cirugías uterinas previas.
- *Desgarros del cuello uterino (en cuellos estrechos o con dificultad para dilatar)*
- *Hemorragias uterina intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión)*
- *Infecciones pélvicas (endometritis, salpingitis) o urinarias,* que en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales.
- *Formación post legrado de sinequias uterinas (adherencias entre las paredes del útero)*

10. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba **SÍ** ó **NO** en los espacios en blanco

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo .....

El Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto .....

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al Doctor de mi atención.

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

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice un **LEGRADO OBSTETRICO TERAPEUTICO.**

Firma Paciente .....

Firma Testigo .....

Firma Médico .....

Ciudad y Fecha .....