

Consentimiento Informado LEGRADO UTERINO

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

El principal propósito del legrado uterino **biópsico** diagnóstico es obtener muestras de tejido endocervical y/o endometrial para su estudio histológico y así saber si existe un cáncer de endometrio, pólipo o trastorno funcional del tejido endometrial, del cuello del útero, o alguna otra entidad patológica de riesgo. Sin embargo, a veces puede ser de valor **terapéutico** para aliviar transitoriamente un sangrado uterino anormal y/o extirpar un pólipo endocervical, endometrial o un mioma submucoso.

Características

El legrado uterino sólo puede ser realizado por vía vaginal, tomando material del endocervix (parte interna del cuello del útero) y del endometrio (parte interna del cuerpo del útero). De manera expresa autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatomopatológico.

El legrado diagnóstico requiere anestesia raquídea o general, que será valorada y realizada por el médico anestesista.

Riesgos

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas o anestésicas, imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del: acto quirúrgico, anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Perforación del útero o fondos de sacos vaginales (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico, úteros en posiciones anormales, obliteraciones del orificio cervical externo, pacientes con antecedentes de cirugías sobre el cuello o vagina, o en entidades malignas).
- Hemorragias intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión) o intervenciones quirúrgicas como laparotomías y/o histerectomía (exéresis del útero) y/o laparoscopia.
- Infecciones pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Desgarros de cuello uterino.
- Formación post legrado de sinequias (adherencias entre las paredes del útero).

En algunos casos existe imposibilidad para la toma de muestras (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico, con obliteraciones del orificio cervical externo o en pacientes con antecedentes de procedimientos o cirugías sobre el cuello o la vagina).

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.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **LEGRADO UTERINO** _____.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal