



DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Legrado Evacuador

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

1. INFORMACIÓN GENERAL

Es necesario / conveniente proceder, en su situación, a un legrado evacuador.

El principal propósito del legrado es limpiar la cavidad endometrial d restos ovulares. A veces, puede ser necesario un segundo legrado para completar esta evacuación, sobre todo en los casos de aborto diferido.

El tipo de anestesia requerida serrá la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

2. EN QUE CONSISTE EL LEGRADO EVACUADOR

El legrado evacuador sólo se puede practicar por vía vaginal.

La intervención consiste en dilatar el cuello uterino, algunas veces, y extracción de restos ovulares con pinzas específicas y legras romas y cortantes, o bien por aspiración. En algunos casos es necesario colocar el día anterior a la evacuación tallos de laminaria para lograra dilatación cervical progresiva junto con la aplicación de goteo intravenosos de oxitocina.

Todo el material obtenido será enviado para completar el estudio anatomopatológico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimientos por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

3. RIESGOS DEL LEGRADO EVACUADOR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,.... y los específicos del procedimiento:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis,...).
- Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación del útero.
- Persistencia de restos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

5. QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
....., DNI..... y nº de SIP.....

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....
.....

DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi
situación la realización de.....
.....

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº:

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el
tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a de de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: