

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA INTERRUPTICION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) con métodos de dilatación y evacuación, y de inducción.**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un procedimiento para finalizar un embarazo.

Se puede solicitar la IVE en las siguientes circunstancias (\*):

- A petición de la mujer en las primeras 14 semanas de gestación.
- Cuando exista grave riesgo para la vida o la salud de la mujer hasta las primeras 22 semanas de gestación.
- Que exista riesgo de graves anomalías en el feto hasta las primeras 22 semanas de gestación.
- Cuando existan anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Cuando se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.

(\*)Según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

**CÓMO SE REALIZA:**

Se realiza por profesionales de la medicina especializados o bajo su dirección, con una técnica adecuada y siguiendo los criterios de calidad sanitaria.

Los métodos de interrupción del embarazo varían según las semanas de gestación y dependiendo de la situación de cada mujer. Para interrumpir embarazos más avanzados, los métodos pueden ser farmacológicos e instrumentales (quirúrgicos) y habitualmente se necesitará anestesia. Esta podrá ser raquídea (epidural) o general (sedación). De la forma y de los riesgos de la anestesia le informarán detalladamente los especialistas de anestesia. En caso de necesitar hospitalización no suele prolongarse más de 24 horas.

Los métodos habitualmente utilizados en la interrupción voluntaria del embarazo para gestaciones avanzadas son:

1. **Método de dilatación y evacuación:** Es una técnica que utiliza instrumental quirúrgico para raspar ligeramente las paredes del útero (legrado) y evacuar su contenido. A veces complementa al método de aspiración para asegurar el completo vaciamiento del útero. Otras veces, el legrado es realizado de forma exclusiva como técnica para interrumpir el embarazo. Es necesario previamente dilatar el cuello uterino, para permitir el paso del instrumental. La dilatación se puede realizar unas

horas antes administrando medicación por vía oral. También puede hacerse por vía vaginal, colocando en el cuello unos tallos que tienen la propiedad de hincharse. En ocasiones, la dilatación se hace con instrumental quirúrgico durante la evacuación. Habitualmente se hace con anestesia general (sedación) Debe permanecer en ayunas, de líquidos y sólidos durante por lo menos 6 horas, desde el día anterior. Con la sedación no experimentará dolor y disminuirá su nivel de ansiedad. Suele durar entre 10 y 30 minutos. La estancia media en el centro es de 5 a 12 horas.

**2. Método de inducción:** Se utiliza para interrumpir embarazos más avanzados. Es una técnica más compleja y es necesaria la hospitalización. En este método se usan sustancias o medicamentos que producen el cese de las funciones vitales del feto, y otras (generalmente prostaglandinas) que provocan la dilatación del cuello del útero, luego contracciones y por último, la interrupción de la gestación. Se realiza habitualmente con anestesia epidural, permaneciendo constantemente despierta, o con analgesia y sedación. Suele durar de 10 a 12 horas, y en ocasiones puede prolongarse a 24 h.

**En su caso el método que se utilizará será**

---

#### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Es importante estar alerta y saber que:

- Es normal: tener un sangrado irregular tras la intervención durante unos 15 días, que generalmente son menos abundantes que en una regla normal. Aunque no debe asustar que estas no se produzcan. La regla suele aparecer entre 25 y 50 días posteriores a la IVE. Puede sentir molestias en el bajo vientre similares a la menstruación, y molestias en las mamas. En caso de necesidad se puede tomar un analgésico. Es posible que en los momentos siguientes a la intervención padezca náuseas y vómitos en algunos casos. Generalmente, dado la prohibición de tomar líquido o alimentos, el estómago suele estar vacío y los vómitos son de muy escaso contenido.
- No es normal: un fuerte dolor en el vientre, una temperatura mayor de 38° o un sangrado mucho más abundante que la regla y que no cede en pocas horas. En estos casos se debe poner en contacto, bien por teléfono o personalmente, con la clínica que le atendió o con su centro de salud o servicio de urgencias.
- Es aconsejable durante las primeras semanas seguir estas recomendaciones: Usar la ducha en lugar de tomar baños, usar compresas en lugar de tampones y en caso de mantener relaciones sexuales evitar la penetración.

Para cada mujer que decide realizar una IVE la vivencia y emociones que experimenta, antes y después del procedimiento, pueden ser muy diferentes. Estos sentimientos a menudo son tanto positivos como negativos después de una IVE. Algunas mujeres dicen que estos sentimientos desaparecen rápidamente y otras que duran un tiempo, va a depender de las circunstancias psicológicas, clínicas, sociales y familiares de cada mujer.

---

#### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Haber tenido la opción de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

---

#### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Si decide no someterse a ninguna técnica de IVE, la alternativa es decidir continuar hasta finalizar el embarazo. El embarazo es un proceso fisiológico de bajo riesgo. Si bien, hay factores de riesgos en el embarazo que pueden aumentar la probabilidad de aparición de complicaciones en la madre y/o en el feto, durante el embarazo, en el parto o en el puerperio.

**En su caso**

Si precisa mayor información acerca de la atención sanitaria a su embarazo y/o ayudas públicas, tanto al embarazo como para el cuidado y atención de los hijo/as, puede obtenerla en su Centro de Salud.

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Para la mujer el riesgo de complicaciones con la intervención aumenta a medida que avanza la edad gestacional. La interrupción de un embarazo, siempre que se realice en las condiciones adecuadas y por personal adiestrado, habitualmente no presenta complicaciones y riesgos graves para la salud.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

No suelen ser graves:

- Dolores abdominales.
- Sangre acumulada en el útero o coágulos retenidos (hematometras) Suelen provocar dolor unos días después de la intervención. Se tratan con medicación oral o con evacuación.
- Sangrados abundantes, que ceden con tratamiento médico.
- Inefectividad del método o evacuación incompleta. En algunos casos puede necesitar de una nueva intervención.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Suelen ser poco frecuentes:

- Perforaciones o desgarros del útero o de otros órganos próximos.
- Infecciones. Son muy poco habituales. Excepcionalmente podría dar lugar a una esterilidad posterior.
- Hemorragia, tanto durante la intervención como después. Sus consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad. Excepcionalmente podría ser necesario ponerle sangre o hemoderivados.
- Rotura uterina. Excepcionalmente puede ser necesario extirpar el útero.
- Reacción alérgica a los medicamentos (rara)
- Reacciones psicológicas (ansiedad, depresión, alteraciones del deseo sexual)

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

En general, las mujeres sanas no tienen contraindicada la realización de una IVE. Pero pueden existir circunstancias personales o algún problema de salud previo que aumente los riesgos y complicaciones asociadas. En estos casos es recomendable consultar a un profesional sanitario.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando, para saber si tiene que continuar tomándolos o si tiene que interrumpir alguna medicación.

**En su caso**

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

Si la IVE se realizó por anomalías o enfermedades fetales, es aconsejable el seguimiento y estudio que podrán ayudarle para planificar un embarazo futuro.

Es muy importante iniciar anticoncepción segura antes de la primera regla tras la IVE, pues la fertilidad se recupera en pocos días, y prevenir futuros embarazos no deseados. Para ello se recomienda solicitar cita en su Centro de Salud, donde profesionales sanitarios le ofrecerán toda la información que posibilita tener una sexualidad responsable.

**En su caso**

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

---

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la IVE les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre, madre, persona con patria potestad o tutores de las mujeres de estas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo).

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DE LA PACIENTE	DNI / NIE
CODIGO	CODIGO
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, Dña. (CODIGO) \_\_\_\_\_ manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  / NO  Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, Dña. (CODIGO) \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, Dña. (CODIGO) \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---