

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.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) con métodos farmacológicos y/o de dilatación y aspiración.

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. Estos métodos pueden ser farmacológicos o instrumentales (quirúrgicos). Habitualmente se realizan de forma ambulatoria. En caso de necesitar hospitalización no suele prolongarse más de 24 horas. Si la técnica es quirúrgica se necesitará anestesia. Esta podrá ser: local, general o raquídea (epidural).

Los métodos habitualmente utilizados para interrupciones voluntarias del embarazo de semanas de gestación como la suya, son:

1. **Método farmacológico:** Se usan fármacos para detener la gestación y conseguir una evacuación uterina completa, sin ninguna técnica instrumental complementaria. Este método precisa de supervisión médica. El medicamento utilizado es la Mifepristona (RU-486). Sólo está indicado hasta la 7ª semana de gestación. Se toma por vía oral. Pasadas 36 o 48 horas hay que utilizar otro medicamento (habitualmente prostaglandinas) por vía oral o bien por vía vaginal, para completar la interrupción de la gestación. No precisa de anestesia. La evacuación uterina puede producirse a las

pocas horas o pasados unos días. Este tratamiento es eficaz en el 96-98% de los casos, y si no fuera así, se complementa con otras técnicas.

2. **Método de dilatación y aspiración:** Con un espéculo se visualiza la vagina y el cuello del útero. Se aplica una solución yodada para mejorar la asepsia. Luego se aplica la anestesia local en el cuello del útero o cerca de él, para no sentir molestias o dolor. Estará consciente el tiempo que dura la intervención. En algún caso puede ser que note algunas molestias ligeras y pasajeras, parecidas a las de una regla algo más intensas. Seguidamente se va dilatando de forma progresiva el cuello uterino, para permitir el paso del instrumental. Después se introduce una cánula dentro de la matriz vaciando el contenido mediante aspiración. Cuando se ha realizado totalmente el vaciamiento se da por finalizada la intervención.

Lo habitual es que dure entre 3 y 10 minutos. La estancia media en el centro suele ser de 1 a 2 horas. Se realiza normalmente bajo anestesia local. Se recomienda no comer nada el día de la intervención, ni beber líquidos al menos 6 horas antes por si es necesario cambiar la intervención a anestesia general (sedación) En ocasiones y en función de las características de la paciente, puede ser necesaria la anestesia general, lo que implicaría hospitalización.

En su caso el método que se utilizará será

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Con el método farmacológico, es probable tener dolor y sangrado después de tomar prostaglandinas (misoprostol) que pueden durar de 4 a 6 horas después de su administración.

Tras las técnicas instrumentales, 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 aumenta la edad gestacional. La interrupción de un embarazo de pocas semanas de gestación, habitualmente no presenta complicaciones y riesgos graves para la salud, siempre que se realice en las condiciones adecuadas y por personal adiestrado.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

No suelen ser graves:

- Náuseas, vómitos y/o diarrea, secundarios a la toma de prostaglandinas (misoprostol)
- 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.
- Sangrado abundante, que cede 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:

- Infecciones. Son muy poco habituales. Excepcionalmente podría dar lugar a una esterilidad posterior.
- Perforaciones o desgarros del útero o de otros órganos próximos.
- Reaccion 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 posibilite 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.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

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.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

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.: _____
