

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) PRIMER TRIMESTRE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre consiste en la extracción del embrión y la placenta a petición de la mujer o por causas médicas, tal como establece la legislación vigente*.

Se realiza mediante la administración de una medicación que detiene las hormonas necesarias para que el feto crezca y que la placenta se separe del útero.

Con posterioridad, se administra una segunda medicación por vía oral, o colocándola en la vagina que produce contracciones del útero y la expulsión del feto y de la placenta. Es necesario una segunda visita al médico para asegurar que el aborto está finalizado.

Cuando no se ha expulsado la totalidad del embrión o de la placenta, hay que realizar un legrado evacuador. Se puede realizar con instrumental médico o por un sistema de aspiración. Suele ser necesario dilatar previamente el cuello uterino. Esta técnica se realiza bajo control directo por ecografía y con anestesia.

La finalidad de la interrupción voluntaria del embarazo es poner fin al embarazo.

*(Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Aborto incompleto, que puede obligar a la realización de un legrado evacuador.
- Reacción alérgica a los medicamentos utilizados.
- Fuertes dolores abdominales.
- Náuseas, vómitos, diarrea.
- Fiebre.
- Infección.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en raras ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- A corto y largo plazo puede ocasionar problemas psicológicos como ansiedad, depresión, alteraciones del deseo sexual.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento. Si no se somete a ninguna técnica de interrupción voluntaria del embarazo, continuará con la gestación.

AUTORIZACIÓN PARA "INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE), PRIMER TRIMESTRE"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de :

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: