

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DEL SEGUNDO TRIMESTRE, ANTES DE LAS 22 SEMANAS DE AMENORREA, POR MEDIOS QUIRÚRGICOS

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Doña: de años de edad
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (nombre y dos apellidos DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado el modo mediante el que se me va a practicar la interrupción del embarazo que yo he decidido realizar por la siguiente causa:

.....

1. El propósito de la interrupción voluntaria del embarazo es extraer del útero un feto que está vivo y los órganos que lo acompañan. En esta época gestacional se llama aborto tardío. Al haber sobrepasado el primer trimestre de gestación, el feto tiene como mínimo un tamaño de 5'5 cm desde la coronilla hasta las nalgas. Cuando llega a las 22 semanas, mide alrededor de 20 cm y su peso puede alcanzar los 500 gramos.

El método quirúrgico más frecuentemente utilizado para realizar un aborto tardío es la dilatación y legrado.

La dilatación y legrado es una técnica quirúrgica que puede realizarse con un instrumental médico denominado legra, que es parecido a una cuchara, o mediante un sistema de aspiración. Suele ser necesario previamente dilatar el cuello uterino, para permitir el paso del instrumental, lo que se puede realizar unas horas antes administrando medicación por vía oral o vaginal, insertando en el mismo unos tallos que tienen la propiedad de hincharse, o bien con instrumental quirúrgico, durante el propio legrado. Si el feto es grande, puede ser necesario desmembrarlo para conseguir su extracción.

El legrado se realiza por vía vaginal, y requiere anestesia.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas del legrado evacuador, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...). La infección puede excepcionalmente dar lugar a una esterilidad posterior.
 - Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria). Excepcionalmente puede ser necesario extirpar el útero para resolver la hemorragia.
 - Perforación del útero.
 - Persistencia de restos.
- A corto y largo plazo están descritos problemas psicológicos, sobre todo en pacientes que se han visto presionadas de algún modo por su entorno a realizar la interrupción voluntaria de la gestación.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

4. **Transfusiones**: No se puede descartar a priori que en el transcurso del tratamiento surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado. También se me ha informado de la **existencia de ayudas sociales** a las que podría acudir como alternativa a la decisión de abortar.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento propuesto.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la interrupción de la gestación mediante la técnica descrita.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)