

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO MEDIANTE MÉTODOS QUIRÚRGICOS

### Información general

La interrupción del embarazo no es delito en Colombia, cuando con la voluntad de la mujer, ésta se lleve a cabo en los siguientes casos:

- a. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- b. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

### ¿En qué consiste la interrupción voluntaria del embarazo mediante aspiración?

Consiste en evacuar del útero los productos de la concepción mediante la aspiración de su contenido a través cánulas plásticas flexibles. Este proceso suele estar acompañado de dolor tipo cólico y para que el dolor sea tolerable se administrarán analgésicos y anestesia local o sedación. El procedimiento puede tomar entre 5 y 30 minutos.

### Riesgos de la IVE por Tratamiento Quirúrgico:

Como en toda intervención médica y por causas independientes del actuar del médico se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. Aproximadamente una de cada 500 mujeres experimenta una de esas complicaciones. Estas complicaciones pueden ser:

- **Evacuación incompleta o falla en el procedimiento** (continuación del embarazo): sucede en 1 a 2 de cada 100 mujeres y requiere de repetir el procedimiento.
- **Hemorragia:** en una de cada 1250 mujeres, en algunos pocos casos con la posibilidad de requerir una transfusión sanguínea y muy raramente la necesidad de una histerectomía (extracción del útero).
- **Perforación uterina:** en una de cada 2500 mujeres; en algunos pocos de estos casos puede haber daño de estructuras anatómicas cercanas y por lo tanto la necesidad de una cirugía abdominal y excepcionalmente la necesidad de una histerectomía (extracción del útero).
- **Infección:** en una de cada 1000 mujeres; con la necesidad de recibir tratamientos antibióticos incluso hospitalarios e incluso requerir procedimientos quirúrgicos adicionales; excepcionalmente la necesidad de una histerectomía (extracción del útero).
- **Alergias:** Como con cualquier medicamento existe la posibilidad de presentar una reacción alérgica a alguno de los medicamentos que sean necesarios durante el procedimiento.

Existen otros riesgos de mínima ocurrencia y no previsible, entre los cuales se ha reportado incluso el riesgo de perder la vida, lo cual puede suceder hasta en una de cada 1'000.000 de mujeres.

## Consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con C.C. (T.I.) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por la presente dejo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con \_\_\_\_\_ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo:

- Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia)
- Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa certificado médico)
- En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico)

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a \_\_\_\_\_ a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento Quirúrgico por:

- Aspiración
- Dilatación y Evacuación

luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas.

Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder. También que en mi caso particular existe un mayor riesgo de la siguiente complicación: \_\_\_\_\_ debido a \_\_\_\_\_.

Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación.

Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del/la médico/a