

**CENTRO MEDICO PACIFICO**  
**C/ Severino Aznar Embid N° 8**  
**28011 Madrid.**  
**Tif. 91 5267624**

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: MÉTODO FARMACOLÓGICO.**

El método farmacológico es una alternativa a la interrupción del embarazo por medios quirúrgicos y como tal debe cumplir, en todo caso, las disposiciones legales en vigor (Ley 2/2010, de 03 de marzo y RD 825/2010 de 25 de junio).

Consiste en la administración de 200 mg de mifepristone (RU-486), asociado a un análogo de prostaglandina administrado en las 36-48 horas siguientes. Previamente se hará análisis para valorar el estado de salud integral de la paciente. Si es RH negativo se administrará gammaglobulina anti-D después del aborto.

**PASOS**

**1ª CONSULTA:** En esta consulta se hará la historia clínica, ecografía para determinar la edad gestacional exacta, analítica y posteriormente se le administrará 200 mg de mifepristone.

**2ª CONSULTA:** A las 48 horas de la primera, en la que se le administrará un derivado de prostaglandina. La paciente deberá permanecer 2-3 horas en la clínica para controlar posibles efectos colaterales de la medicación.

**3ª CONSULTA:** A los 12-15 días de la segunda consulta, en la que se comprobará si hubo expulsión completa del producto del embarazo. En aquellas en las que no se haya producido se realizará legrado quirúrgico según la técnica habitual. Los fracasos con el método farmacológico van de 1'3% a 7'5 %.

**Durante el tiempo que dure el tratamiento la paciente deberá permanecer localizable, acompañada de alguien que pueda ayudarle en caso necesario y en lugar bien comunicado.**

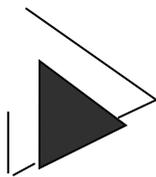
**CONTRAINDICACIONES:**

**EN TODOS LOS CASOS:**

Insuficiencia renal, hepática o suprarrenal.  
Tratamiento prolongado con corticoides.  
Alergia a mifepristone  
Anomalías de coagulación y toma de medicamentos anticoagulantes.  
Anemia  
Diabetes insulino dependiente.  
Hiperlipemia.  
Glaucoma.

**EN LA IVE:**

Si el embarazo no está confirmado biológicamente o por ecografía.  
Sospecha de embarazo extrauterino  
Embarazo de 50 días o más desde la última regla.  
Antecedentes coronarios y cerebrovasculares (Hipertensión, angina hemiplejia).  
Contraindicación al empleo de prostaglandinas (Alergia).  
Fumadora de más de 10 cigarrillos/día, mayor de 35 años



**CENTRO MEDICO PACIFICO**  
**C/ Severino Aznar Embid N° 8**  
**28011 Madrid.**  
**Tif. 91 5267624**

---

**EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS:**

- **Hemorragia:** Se produce en algunos casos. Puede durar hasta 12 días y a veces ser severa, que requiera tratamiento de urgencia mediante legrado hemostático. El sangrado no es prueba de expulsión completa en ninguna circunstancia, por eso es muy importante que acuda a la tercera consulta con el fin de comprobar que el tratamiento ha tenido éxito y que ha sido bien tolerado.
- **Nausea, dolor abdominal, vértigo, diarrea, cefalea.**
- **La persistencia de sangrado después de la tercera consulta podría significar un aborto incompleto o un embarazo extrauterino inadvertido, en cuyo caso será sometida a tratamiento adecuado.**

.....

**DECLARO**

Declaro haber sido informada en forma comprensible de la terminación médica del embarazo intrauterino, las contraindicaciones, riesgos y consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de ella, así como haber recibido las instrucciones sobre cuidados y recomendaciones posteriores a la medicación de conformidad al art. 13 de la Ley 2/2010, Ley de salud Sexual y Reproductiva y art. 8 del RD 825/2010, cuyos contenidos me han explicado en este acto y que, en caso de fracaso del método, mi embarazo será interrumpido por medios quirúrgicos; haber realizado todas las preguntas que he creído conveniente y haber quedado satisfecha con las respuestas recibidas, por lo que doy mi consentimiento para recibir la medicación descrita anteriormente.

**Fdo. Medico informante**

**Fdo. Paciente**

**Representante legal**

**PARA MENORES DE 16 AÑOS:**

**DECLARO:** Que las relaciones sexuales que mantengo son consentidas y que mi pareja tiene \_\_\_\_\_ años de edad.

**FIRMA**