

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El embarazo ectópico es la implantación del embrión fuera de su lugar natural, que es el útero. El lugar más frecuente de implantación ectópica son las trompas de Falopio, pero también puede ocurrir en el ovario, cuello y/o cuerno uterino y abdomen. Esta situación puede comprometer la salud, puesto que la rotura de un embarazo ectópico puede provocar una hemorragia interna importante, con el consiguiente peligro para la mujer.

El tratamiento médico consiste en la utilización de un fármaco denominado Methotrexate que impide el desarrollo de las células del embarazo. Este se administra de forma general mediante inyección intramuscular. Si la implantación del ectópico es en la trompa, se puede inyectar directamente en esta, puncionándola con control ecográfico a través de la vagina.

La pauta del tratamiento puede ser en una sola dosis o en dosis repetidas. En los días posteriores se analiza si la hormona del embarazo (beta HCG) en sangre es positiva, hasta que se comprueba su negativización.

En algunos casos, si la hormona del embarazo no disminuye o aumenta se pueden requerir nuevas dosis, o bien cirugía ante una mala evolución por fracaso del tratamiento médico.

La finalidad de este procedimiento es finalizar con una gestación que se encuentra fuera del útero.

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 tales como:

- Inflamación de mucosas.
- Náuseas y vómitos.
- Bajada de glóbulos blancos.
- Pérdida de cabello.
- Hemorragia interna por rotura del embarazo ectópico, aunque haya funcionado el tratamiento médico.

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)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> |puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones. | | |

CONTRAINDICACIONES

- Hemorragia masiva intraperitoneal.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Insuficiencia hepática.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Conducta expectante (no intervención).
- Tratamiento quirúrgico.

AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO"

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: