

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El embarazo ectópico se produce cuando el embarazo se implanta fuera de su lugar natural, 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.

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de novo de purinas y pirimidinas, interfiriendo con la síntesis de ADN y la multiplicación celular. El trofoblasto, por su rápida proliferación, es un tejido especialmente vulnerable a la acción del mismo. El metotrexato se ha demostrado muy eficaz en el tratamiento médico del embarazo ectópico y es tan efectivo como el tratamiento quirúrgico. Otros fármacos citotóxicos (prostaglandinas, cloruro potásico, glucosa hiperosmolar, etc.) son menos eficaces.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Evitar las complicaciones acontecidas en este tipo de embarazos.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Conducta expectante y/o tratamiento quirúrgico.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Se estima que el éxito del tratamiento ronda el 75-90%, si se cumplen unos criterios de selección de pacientes candidatas a su uso.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La posibilidad de no controlar la evolución de la gestación con la consecuente aparición de complicaciones.

RIESGOS FRECUENTES

1. Dolor abdominal. También llamado "dolor de resolución". Es el efecto secundario más frecuente (afecta al 60-75% de las pacientes). Es un dolor súbito, que aparece en los primeros días tras la administración del fármaco y suele controlarse con analgésicos a dosis habituales. Este dolor es de origen incierto y podría deberse al aborto tubárico o ser un efecto directo del agente citotóxico. Lo más difícil es distinguir este dolor transitorio (horas), del producido por la rotura tubárica y la hemorragia intraabdominal.
2. Dispepsia.
3. Náuseas, vómitos, diarrea, estomatitis.
4. Su uso supone la conservación de la trompa afectada, con un riesgo aproximado de repetir el embarazo ectópico del 15%. Es muy útil su empleo en aquellos casos de embarazos ectópicos cervicales y cornuales (en el cuello o en un cuerno del útero) para evitar cirugías agresivas.

C. INFORMADO DE TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Aplasia medular.
2. Afectación hepática o renal.
3. Alopecia.
4. Fotosensibilidad.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Además de los riesgos anteriormente citados, cada paciente presenta un riesgo añadido por la/s enfermedad/es que puede presentar en el momento de la intervención.

CONTRAINDICACIONES

1. Enfermedad previa grave, especialmente enfermedad renal o hepática.
2. Anormalidad del hemograma. Son valores analíticos excluyentes la presencia de leucocitos <2.000/mm³, plaquetas <100.000/ mm³, GOT y GPT >30 U/l y creatinina > 1,5 mg/dl.
3. Contraindicación del metotrexate.
4. En tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o diuréticos.
5. Paciente que no desee control posterior.
6. Ectópico heterotópico.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA