

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA CONDUCTA EXPECTANTE Y TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO**

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

Don/Doña: deaños 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 que según los datos clínicos, ecográficos y analíticos se ha llegado a la conclusión de que padezco un embarazo ectópico. Dicho proceso consiste en la implantación de un embarazo 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 mi salud y se plantean **diferentes alternativas**:

1. **Conducta expectante** (no intervención): se realiza, sobre todo, en aquellos casos donde no se puede identificar la localización del embarazo (por ecografía) y la medición de la hormona del embarazo (beta-HCG) es baja y progresivamente decreciente (supone la extracción periódica de sangre para su análisis).

2. **Tratamiento médico con methotrexate**: consiste en la utilización de un fármaco denominado methotrexate que impide la proliferación de las células del embarazo. Se puede inyectar localmente (en la trompa enferma, puncionándola con control ecográfico, a través de la vagina) y de forma sistémica (inyección intramuscular). La pauta puede ser en una sola dosis o en dosis repetidas. Supone el seguimiento en días posteriores de la hormona del embarazo (beta HCG) en sangre materna, hasta objetivar su negativización (éxito del tratamiento).

3. En algunos casos, si la beta-HCG no disminuye o aumenta se requieren nuevas dosis, o **cirugía**, ante una mala evolución (fracaso del tratamiento médico). Se estima que el éxito del tratamiento ronda el 75-90%, si se cumplen unos criterios de selección de pacientes candidatas a su uso (criterios clínicos, ecográficos y analíticos) y se evita su utilización en pacientes con contraindicaciones (inestabilidad hemodinámica, insuficiencia hepática...).

4. **Los riesgos** a las dosis utilizadas de methotrexate son muy bajos (inflamación de mucosas, náuseas, vómitos, bajada de glóbulos blancos, pérdida de cabello...)

5. 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.

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

En mi caso el tratamiento elegido ha sido

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 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.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice el tratamiento propuesto

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)