

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO CON METROTEXATE DEL EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL.**

Ciudad y fecha: ....., ...../...../20\_\_\_\_\_

1. Yo....., con diagnóstico de **Embarazo ectópico cervical**, luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, por la presente autorizo al **Dr./a**....., y a su equipo, a utilizar el metrotexate como tratamiento para mi cuadro, que se realizará

en.....-

2. Se me ha informado que el embarazo ectópico constituye una entidad en que el óvulo fecundado se implanta en otro sitio que no es la cavidad uterina. El embarazo cervical es una forma poco frecuente de embarazo ectópico, donde el huevo se implanta en el canal cervical, y lo distiende a medida que crece. **El embarazo cervical es incompatible con un feto viable.**

3. El tratamiento para el embarazo ectópico cervical puede ser clínico o quirúrgico. La decisión del tipo de tratamiento a seguir dependerá, entre otros factores, de la edad gestacional, condiciones clínicas y deseo de conservar la fertilidad de la paciente.-

4. Las opciones de tratamiento quirúrgico pueden consistir en el cerclaje cervical, inserción de una sonda foley, embolización de la arteria uterina, o la histerectomía.

5. El tratamiento no quirúrgico consiste en la utilización del metotrexate. La administración de metotrexate puede ser local, ejecutado directamente por visión histeroscópica, o sistémico, por administración del medicamento directamente. Al respecto de este último tratamiento se me ha explicado lo siguiente:

5.1 En el uso sistémico se trata de aplicar el medicamento en días alternos, o en una dosis única para prevenir toxicidades hematológicas y otros efectos adversos, como estomatitis, gastritis y elevación de las enzimas hepáticas, entre otros.

5.2 En aproximadamente un 5 a 20 por ciento de las pacientes tratadas con metrotexate, puede llegar a requerirse o necesitarse de una nueva dosis del medicamento, o de un tratamiento quirúrgico secundario (Histerectomía); según resulte mejor en cada caso, de acuerdo a la evaluación médica.

5.3 No todos los casos de embarazo ectópico pueden ser tratados con metotrexate, pues para ello es necesario que se cumplan los siguientes requisitos: embarazo ectópico no roto; tamaño por ultrasonido igual o menor que 3,5 cm y que no exista insuficiencia renal o hepática o discrasia sanguínea.

6. Se me han informado los riesgos, efectos adversos y complicaciones que pueden sobrevenir en su ejecución. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

6.1. Las complicaciones o eventos adversos del uso del metrotexate me han sido explicados, enunciándose a continuación los siguientes a título ejemplificativo: Dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, diarrea, úlceras bucales, mareos, prurito, descenso de los glóbulos blancos, anemia.

6.2. El tratamiento médico con metrotexate no es 100% efectivo, y como tratamiento o procedimiento secundario puede necesitarse de una histerectomía.

6.3. En caso de realizarse una histerectomía se me ha explicitado lo siguiente:

6.3.1. Que perderé mi capacidad de concebir.

6.3.2. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tratando de que la misma sea lo menos visible posible.

6.3.3. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en la mencionada intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, así como también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido explicitadas, enunciándose a continuación a título ejemplificativo las siguientes: Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: Infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc); Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria); Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales; Lesiones intestinales; Fístulas vesicovaginales, intestinales y otras; prolapsos (descensos) de cúpula vaginal. Estas complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

6.4. Especialmente se me ha advertido que si me opongo a la realización del tratamiento para mi patología pongo en riesgo mi vida, debido a que el embarazo ectópico es inviable e incompatible con la vida, y evoluciona hacia la muerte de la madre por hemorragia incoercible y posterior shock hipovolémico.

**7.** Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la tratamiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-----

**8.** Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 inc. g) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

**9.** Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del tratamiento a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata cualquier complicación que apareciera, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

**10.** Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:-----

**11.** Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará el tratamiento, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.

**12.** Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

**13.** He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1)Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....