

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL

.....,/...../.....

1. 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.**
2. 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, deseo de conservar la fertilidad.-
3. Las opciones de tratamiento quirúrgico pueden consistir en el cerclaje cervical, inserción de una sonda foley, embolización de la arteria uterina, o la histerectomía.
4. El tratamiento clínico 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.
5. 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.
6. En aproximadamente un 5 a 20 por ciento de las pacientes tratadas con metotrexate, 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.
7. 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.
8. Yo (poner nombre completo del paciente) habiéndome explicado en forma clara, sencilla, y detallada el embarazo que curso, y los objetivos, alcances, características y consecuencias de los tratamientos antes mencionados, por la presente autorizo al **Dr.** y a su equipo médico a realizar un tratamiento conocido como.....
.....
9. A mas de las consideraciones antes vertidas, dejo constancia de que los objetivos, alcances y eventuales efectos del tratamiento enunciado en el punto 8° me han sido explicados en términos claros y sencillos por el médico tratante, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen 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:
 - * a) El tratamiento médico con metotrexate no es 100% efectivo, y como tratamiento o procedimiento secundario puede necesitarse de una histerectomía.
 - * b) En caso de realizarse una histerectomía, sé que perderé mi capacidad de concebir, y que en el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz.-----
 - * c) Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas gineco-obstetricas son las descriptas en la bibliografía médica, todas las cuales me han sido

informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fístulas, lesiones ureterales, etc.; así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico. -----

10. Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el médico tratante antes nombrado, o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatómo patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el médico tratante en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el médico tratante o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-----
11. Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del médico tratante o de anestesiistas por él seleccionados y a usar dichas anestésicas como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.-----
12. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Ginecología no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el médico tratante me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento/ operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-----
13. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del médico tratante y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.-----
14. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del tratamiento/ intervención realizada, cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al médico tratante sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del tratamiento/ post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular -----
15. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales, estando consignada en la historia clínica la información pertinente.
16. Manifiesto ser alérgico a:
17. He leído detenidamente este instrumento, y lo he entendido totalmente, autorizando en consecuencia que se me practiquen el o los tratamientos o procedimientos descriptos.----

Firma del paciente:

Aclaración:.....

Documento:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro 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.

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio: