

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico que presento, el cual es **embarazo ectópico cervical**, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo, a proceder con el tratamiento que consideren adecuado a la situación del cuadro que padezco, el cual se realizará en esta institución.
- 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) Se me ha informado que el tratamiento habitual para este diagnóstico es el uso de **metotrexato** como así también puede ser necesaria la **intervención quirúrgica**. 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. Las opciones de tratamiento quirúrgico pueden consistir en el cerclaje cervical, inserción de una sonda foley, embolización de la arteria uterina, o la histerectomía. El tratamiento no quirúrgico consiste en la utilización del metotrexato. La administración de metotrexato 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:
 - a) 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.
 - b) En aproximadamente un 5 a 20 por ciento de las pacientes tratadas con metotrexato, 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.
 - c) No todos los casos de embarazo ectópico pueden ser tratados con metotrexato, 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.
- 4) 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. Se me ha aclarado que las complicaciones o eventos adversos del uso del metotrexato 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. Además, se me ha informado que el tratamiento médico con metotrexato no es 100% efectivo, y como tratamiento o procedimiento secundario puede necesitarse de una histerectomía. En caso de realizarse una histerectomía se me ha explicitado lo siguiente:
 - a) Que perderé mi capacidad de concebir.

- b) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tratando de que la misma sea lo menos visible posible.
- c) Que las complicaciones que se podrían originar de tener que cursar dicha intervención pueden ser, de manera ejemplificativa, las siguientes: 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.
- 5) 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
- 6) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 7) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
- 8) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 9) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/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.
- 10) 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.
- 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 la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o 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. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 12) 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, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

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 en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____