

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

..... EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Un embarazo ectópico sucede cuando el feto comienza a desarrollarse fuera del útero. El sitio más común para un embarazo ectópico es dentro de uno de los conductos a través de los cuales el óvulo pasa del ovario al útero (trompas de Falopio). Sin embargo, los embarazos ectópicos también pueden presentarse en raras ocasiones en los ovarios, cuello del útero, cicatriz de una cesárea previa y abdomen.

El objetivo es la interrupción de un embarazo que no sea viable, que si evolucionara provocaría graves complicaciones a la madre.

##### CÓMO SE REALIZA

Se requiere el uso de anestesia, y son dos los procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar:

- Tratamiento quirúrgico conservador: apertura de la trompa y extracción del embarazo conservando la trompa.
- Tratamiento quirúrgico radical: extirpación de la trompa afectada.

Muchas veces, la decisión entre una de las dos técnicas quirúrgicas posibles, sólo se podrá tomar en el transcurso de la cirugía al visualizar el estado de la trompa. Para ello, se tendrá en cuenta el deseo de nuevos embarazos o la existencia de una sola trompa.

La cirugía puede ser realizada por laparoscópica (varias incisiones pequeñas en el abdomen para la introducción del laparoscopio) o por laparotomía (incisión longitudinal o transversal en el abdomen).

Si surgiera alguna complicación en la realización de la laparoscopia tendría que practicarse una laparotomía (incisión en el abdomen para examinar los órganos abdominales).

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Básicamente ningún efecto negativo sin considerar las complicaciones que puedan derivarse de la cirugía. Dependiendo del tipo de cirugía, puede haber mayor o menor posibilidad de repetirse un embarazo ectópico en el futuro

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Se solucionará un problema de salud que puede ser potencialmente grave.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otras modalidades terapéuticas, que deben ser debidamente valoradas con su médico tales como, tratamiento médico (no quirúrgico) con fármacos y a veces, es aconsejable esperar un tiempo prudencial de evolución.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- LOS MÁS FRECUENTES:
  - Infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas)
  - Hemorragias y/o hematomas con posibilidad de requerir transfusión intra o postoperatoria.
  
- LOS MÁS GRAVES:
  - Lesiones en vías urinarias: uréter, vejiga y uretra.
  - Lesiones intestinales.
  - Comunicaciones entre órganos que pueden comprometer vejiga, vagina e intestino.
  - Reintervención quirúrgica.
  - Lesiones vasculares y neurológicas.
  - Infertilidad
  - Riesgo de nuevo embarazo ectópico

### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

**MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

---

**RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....