

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO**

Nº Historia: .....

Doña: .....de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en .....y DNI Nº.....

Don/Doña: .....de .....años 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 tratamientos**:

**1. Existen dos alternativas:**

- Apertura de la trompa y extracción del embarazo, conservando la trompa (tratamiento quirúrgico conservador).
- Extirpación de la trompa dañada (tratamiento radical).

2. La decisión entre una forma u otra, muchas veces sólo se podrá tomar en el transcurso de la cirugía al visualizar el estado de la trompa. La trompa deberá ser extirpada si se encuentra rota o en otras circunstancias de deterioro, adherencias, antecedente de otro ectópico en esa trompa, etc., por el alto riesgo de recidiva que conlleva su conservación. También servirá en la decisión el deseo de nuevos embarazos, así como la existencia de una sola trompa.

3. **El riesgo** de aparición de un nuevo embarazo ectópico tras cirugía conservadora es aproximadamente de un 15%, aunque la extirpación de la trompa no evita la probabilidad de un nuevo ectópico en la otra trompa.

4. El tratamiento conservador requerirá un posterior seguimiento con beta-HCG en sangre materna hasta su negativización; si ésta no se produce o el ritmo de descenso no es el adecuado, se podrá recurrir al uso de methotrexate o, si fuera necesario, a una nueva cirugía.

5. La cirugía puede ser realizada por laparoscopia o laparotomía. Ambas formas pueden tener complicaciones como infecciones, hematomas, lesiones viscerales y vasculares, etc.

6. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

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

8. **Anestesia:** La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

9. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

10. **Anatomía Patológica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

**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)