



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
HAURDUNTZA EKTOPIKOA: ZAIN EGOTEA ETA TRATAMENDU MEDIKOA
CONDUCTA EXPECTANTE Y TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. HAUXE ADIERAZTEN DUT:

Doktorearen esanetan, datu kliniko eta analitikoak kontuan hartuta, haurduntza ektopikoa daukadala ebatzi du. Prozesu horretan, haurduntza bere ohiko leku naturaletik kanpo ezartzen da (Fallopianen tronpak izaten dira ezarpen ektopikoaren lekurik ohikoena, baina eman daiteke obulutegian, umetoki-lepoan nahiz umetoki-adarretan eta abdomenean ere bai).

Egoera horrek nire osasuna kaltetu dezakeenez, hainbat aukera egon daitezke:

1. Zain egotea (inolako esku-hartzerik gabe): gehien bat, bide hau honelakoetan erabiltzen da: ez dago ekografia bidez haurduntza non ematen den zehazterik; eta haurduntzaren hormonaren neurketa-maila baxua da (beta-HCG); eta pixkanaka beherantz doa (aldi-aldi odola ateratzen da, analisia egiteko).
2. Tratamendu medikoa, methotrexate erabiliz: haurduntzako zelulen ugalketa eragozten duen botika bat erabiltzean datza. methotrexate izeneko, alegia. Injekzio lokala eginez izan daiteke (gaixotutako tronpan, baginan zehar tronpa ziztatuz, kontrol ekografikoaren bidez), edo era sistemikoa erabiliz (muskulu barneko injekzioa). Pauta izan daiteke dosi bakarrekoa, edo hainbat dositan errepika daiteke. Beharrezkoa da hurrengo egunetan haurduntzaren hormonaren jarraipena egitea (beta-HCG), amaren odolean, erabat negatibizatu dela baieztatu arte (tratamenduaren arrakasta).
3. Zenbait kasutan, beta-HCG hormonak ez badu behera egiten, edo gora ere egiten badu, dosi gehiago beharko dira, edo baita kirurgia ere, eboluzioa txarra izan delako (tratamendu medikoak huts egitea).

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DECLARO:

Que el Doctor 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 alternativas:**

1. **Conducta expectante** (no intervención): se realiza, sobre todo, en aquellos casos donde no se puede identificar la localización del embarazo (por ecografía) y la medición de la hormona del embarazo (beta-HCG) es baja y progresivamente decreciente (supone la extracción periódica de sangre para su análisis).
2. **Tratamiento médico con methotrexate:** consiste en la utilización de un fármaco denominado methotrexate que impide la proliferación de las células del embarazo. Se puede inyectar localmente (en la trompa enferma, puncionándola con control ecográfico, a través de la vagina) y de forma sistémica (inyección intramuscular). La pauta puede ser en una sola dosis o en dosis repetidas. Supone el seguimiento en días posteriores de la hormona del embarazo (beta HCG) en sangre materna, hasta objetivar su negativización (éxito del tratamiento).
3. En algunos casos, si la beta-HCG no disminuye o aumenta se requieren nuevas dosis, o **cirugía**, ante una mala evolución (fracaso del tratamiento médico).



Tratamenduaren arrakasta %75-90 ingurukoa izan ohi da, betiere irizpide egokiak betetzen badira tratamendu honetarako hautagaiak izan daitezkeen pazienteak aukeratzerakoan (klinikoak, ekografikoak eta analitikoak), eta kontraindikazioak dauzkaten pazienteekin erabili ezean (ezegonkortasun hemodinamikoa, gibel-gutxiegitasuna,...).

Methotrexatea erabiltzeak dagokion tronpa mantentzeko aukera eskaintzen du; haurduntza ektopikoa errepikatzeak arriskua %15 ingurukoa da. Methotrexatea erabiltzea oso baliagarria da haurduntza ektopiko zerbikalak edo kornualak direnean (umetoki-lepoan edo adarren batean, hurrenez hurren); horrela, kirurgia agresiboak saihestu ahal dira.

Nire kasuan, hauxe izan da aukeratutako tratamendua: <~ ~>

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Erabilitako methotrexate dosiek eragindako arriskuak oso txikiak dira (mukosen hantura, goragaleak, gorakoak, globulu zurien beherakada, ilea galtzea,...).

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~ ~>

Se estima que el éxito del tratamiento ronda el 75-90%, si se cumplen unos criterios de selección de pacientes candidatas a su uso (criterios clínicos, ecográficos y analíticos) y se evita su utilización en pacientes con contraindicaciones (inestabilidad hemodinámica, insuficiencia hepática...).

Su uso supone la conservación de la trompa afectada, con un riesgo aproximado de repetir el embarazo ectópico del 15%. Es muy útil su empleo en aquellos casos de embarazos ectópicos cervicales y cornuales (en el cuello o en un cuerno del útero) para evitar cirugías agresivas.

En mi caso el tratamiento elegido ha sido:

<~ ~>

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Los riesgos a las dosis utilizadas de methotrexate son muy bajos (inflamación de mucosas, náuseas, vómitos, bajada de glóbulos blancos, pérdida de cabello...).

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~ ~>



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN
 Nombre, apellidos y DNI del paciente
 <-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data
 Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordez kariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha