

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
USO DE METOTREXATO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre del Paciente |  |
| R.U.T del Paciente  |  |

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

**INFORMACIÓN SOBRE USO DE METOTREXATO****¿Qué es el Metotrexato?**

**El Metotrexato** es un anti metabolito que posee actividad anti proliferativa e inmunosupresora por inhibir competitivamente a la enzima Dihidrofolato reductasa (DHFR), enzima clave en el metabolismo del ácido fólico, inhibiendo el crecimiento y la replicación celular.

Es un fármaco usado en el tratamiento del cáncer y enfermedades autoinmunes.

**¿Para qué se utiliza en Ginecología y Obstetricia?**

El Metotrexato se utiliza para la terminación terapéutica del embarazo cuando este es inviable y pone en riesgo la vida de la madre como es el caso de los embarazos ectópicos y cornuales.

(El éxito del tratamiento depende del tamaño del embarazo y la cantidad de hormona BHCG).

Además, se usa para el tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

**Vías de administración**

Se administra por vía intramuscular o directamente en el saco gestacional, su uso debe ser indicado por un médico.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **reacciones adversas leves y autolimitadas (hasta un 30% de las pacientes), así como complicaciones**, tanto las comunes a todo procedimiento, como otros específicos del fármaco:

- 1.-Síntomas digestivos: dolor abdominal leve, náusea, vómito.
- 2.-Mareos
- 3.-Estomatitis: mucositis oral.
- 4.-Neumonitis (raro)
- 5.-Alopecia reversible (raro)
- 6.-Depresión medular (alteración de glóbulos blancos, glóbulos rojos y/o plaquetas) (raro)

**Otras alternativas**

Existen alternativas al Metotrexato como la cirugía y el manejo expectante, cada uno de ellos con sus indicaciones precisas y condiciones específicas para su aplicación, ninguna alternativa está exenta de complicaciones.

Ningún procedimiento está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Uso de Metotrexato**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ADMINISTRACIÓN DE METOTREXATO,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

### Completar por el Profesional

|   |                              |              |
|---|------------------------------|--------------|
| Firma del Consentimiento:               | <b>FECHA:</b> ____/____/____ | <b>HORA:</b> |
| Procedimiento o Intervención Quirúrgica |                              |              |
| Diagnóstico                             |                              |              |
| Nombre, R.U.T. y Firma Médico           |                              |              |

### Completar por el Paciente o Representante Legal

|  |  |
|--|--|
| Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde |  |
|--|--|

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)