

***UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO***

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

“Comparación en la disminución de efectos secundarios del atosibán vs. nifedipino como agente tocolítico en pacientes diabéticas con embarazo entre la semana 30 y 36 de gestación”.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

DR. RAÚL ANTONIO LEÓN OCHOA

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA SUBESPECIALIDAD EN:
“MEDICINA MATERNO FETAL”**

ASESOR DE TESIS :

DR. EDUARDO E. MEJÍA ISLAS

NÚMERO DE REGISTRO DE PROTOCOLO:

257 . 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dios.....gracias por tu fuerza.

Por estar siempre a mi lado, por compartir mis locuras,
por crecer juntos.....

Te amo Blanche.

Mis dos grandes amores,
mi mayor impulso.....

las amo Mar y Caro

Siempre conmigo, siempre
sintiendo su apoyo.....

Los amo ma' y pa'

Dr. Eduardo Mejía.....

Mi amigo y maestro.....

Simplemente Gracias.

Jimmy.....gracias por tu amistad

Raúl León. 2008

INDICE

ANTECEDENTES.....	8
OBJETIVOS.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	12
DISEÑO.....	13
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES.....	27
ANEXOS.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30

RESUMEN

En el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE de la ciudad de México se realizó, un estudio transversal, longitudinal, comparativo, para conocer los efectos secundarios, de dos medicamentos utilizados como tocolíticos, en pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y diabetes gestacional nifedipino y atosibán. MATERIAL Y MÉTODOS: en un período comprendido de Julio del 2007 a Julio del 2008, se estudiaron a un total de 120 pacientes con los diagnósticos de embarazo entre la semana 30 y 36 de gestación con amenaza de parto pretérmino y diabetes gestacional se separaron en dos grupos de 60 pacientes cada uno, al primer grupo se manejo con nifedipino y al segundo grupo con atosibán y se valoraron los efectos secundarios que cada uno de ellos tenían en nuestras pacientes. RESULTADOS: se realizó seguimiento a las pacientes de ambos grupos encontrando lo siguiente: El nifedipino como efecto secundario presentó rubor facial en 6/60 pacientes (10%) del total, cefalea leve en 7/60 pacientes (11.6%) así como 4/60 pacientes (6.6 %) con cefalea moderada, no se encontró ningún caso de cefalea severa. Se encontró 0% de casos de desprendimiento placentario y únicamente 2/60(3.3%) casos de hipotensión. Muerte fetal in útero, no se presentó ningún caso.

Con respecto al atosibán se encontró rubor facial en 2/60 pacientes que corresponde al 4%, cefalea en una paciente que corresponde al 1.6%, prurito en 9/60 pacientes (1.5%), hipotensión arterial en 1/60 que corresponde al 3.3 % y no se encontraron casos de desprendimiento placentario o muertes fetales. CONCLUSIONES: ambos medicamentos son muy parecidos en cuanto a eficacia como agentes tocolíticos, sin embargo el atosiban presenta menos efectos secundarios que el nifedipino.

SUMMARY

In Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, of ISSSTE, in México City realized a transversal, longitudinal, comparative study to know adverse effects of two more used tocolitic drugs. In preterm born patients and gestacional diabetes: Nifedipino and atosibán. MATERIAL AND METHODS: a period between July 2007 and July 2008. It was studied a total of 120 patients with pregnancy between 30 and 36 weeks of gestation, preterm born and gestacional diabetes. It was formed two groups with 60 patients each one. The first group received Nifedipina and second group received atosiván. It was measure adverse effects into each one groups of patients. The first group received Nifedipino, and the second group received atosiban, and was measured adverse effects.

RESULTS: It was finded: Nifedipina showed blushing, 6 patients (10 %) headache 7 patients (11.6 %) and 4/60 (6.6 %) with severe headache. In 0 cases abruptio placentae, hipotension 2/60 (3.3 %) and dead fetal in either of them.

The atosiban group showed blushing 2/60 (4%) headache 1.6% itch 9/60 (1.5%) hipotension 1/60 (3.3%) and 0 cases abruptio placentae and dead fetal either.

Two drugs have the same efficacy like tocolitic drug, however atosiban showed less adverse effects.

ANTECEDENTES

En el año de 1972, la OMS definió el parto pretérmino como aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación o antes de los 259 días contados a partir del primer día de la última regla. Esta definición concretó y asentó el concepto que la prematuridad está relacionada con el tiempo de gestación.

En cuanto a las repercusiones sobre la salud del recién nacido, debemos considerar que el parto pretérmino y el bajo peso al nacer son dos factores de riesgo que determinan una mayor probabilidad de mortalidad peri natal, y que la prematuridad se considera el primer factor de riesgo para la salud del recién nacido.

Asimismo, los recién nacidos de prematuridad extrema y de muy bajo peso al nacer que sobreviven, presentan un mayor riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor y de trastornos neurológicos en la infancia. Ante estas expectativas, probablemente el problema que se plantea actualmente no sea tanto la supervivencia como la calidad de vida presente y futura del neonato.

En la etiología de la prematuridad y del bajo peso al nacer se encuentran enfermedades maternas, los embarazos múltiples originados por las técnicas de reproducción humana asistidas, la influencia de los estilos de vida, así como situaciones sociales que comportan un entorno y una atención prenatal inadecuados. Por tanto es importante actuar en diferentes niveles de prevención ya que una parte de los nacimientos pretérmino son evitables cuando se incide sobre los factores de riesgo. La actuación sobre estos se considera la medida de mayor impacto para prevenir la aparición de enfermedades neonatales e infantiles, así como discapacidades y muerte.

Su gran importancia clínica, el consumo de recursos asistenciales requeridos para su tratamiento, así como su importancia socio-sanitaria, hacen que la prematuridad y el bajo peso sean indicadores de alto interés sanitario para orientar a la planificación sanitaria.

En General se estima que en los países desarrollados la prematuridad comprende entre el 6 y el 10% de todos los nacimientos. Asimismo en nuestro país ha ido aumentando en los últimos 10 años de una forma mantenida coincidiendo con un repunte de la natalidad. Su incremento ha sido numérico y porcentual creando nuevas necesidades de atención en centros sanitarios y obligando a reestructurar la capacidad de algunos servicios de obstetricia y neonatología.

En nuestra unidad Hospitalaria, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en el servicio de Medicina Materno Fetal, una de las patologías que con mas frecuencia tratamos es esta, la amenaza de parto pretérmino, y en pacientes con diabetes gestacional la encontramos en una relación muy estrecha, sin embargo, los medicamentos que están a nuestro alcance como agentes tocolíticos son muy limitados, y algunos de ellos presentan efectos secundarios importantes que si bien no todos ellos ponen en riesgo a la paciente y/o al feto, si causan efectos secundarios de gran valor principalmente en las pacientes. Por esto valoraremos a dos de estos medicamentos, únicamente tomando en cuenta sus efectos secundarios, ya que efecto tocolítico de ambos es muy similar.

Tractocile es el nombre comercial de atosibán, el cual está indicado en amenaza de parto pretérmino. Es un péptido sintético antagonista competitivo de los receptores de oxitocina humana. Se demostró

que TRACTOCILE se une selectivamente a los receptores de oxitocina y disminuye la frecuencia de las contracciones, y el tono de la musculatura uterina. También se ha demostrado la unión de Tractocile a los receptores de vasopresina inhibiendo los efectos de la misma. Estudios clínicos de fase III incluyeron datos de 742 mujeres con diagnóstico de parto prematuro entre las semanas 23 y 33 semanas de gestación asignadas aleatoriamente al tratamiento con TRACTOCILE. Los datos demuestran que en el 59% de mujeres tratadas con Tractocile se impidió el parto y no necesitaron una tocolísis alternativa en los 7 días siguientes al inicio del tratamiento.

En mujeres con parto prematuro, tratadas con Tractocile por infusión (300 ng/min. durante 6 a 12 hrs), las concentraciones plasmáticas en estado de reposo se alcanzaron en una hora a partir del comienzo de la infusión. Una vez finalizada la infusión, la concentración plasmática disminuyó rápidamente. La unión de Tractocile a las proteínas plasmáticas fue de 46 a 48 % en mujeres embarazadas. Tractocile no se une a eritrocitos, atraviesa la barrera placentaria y se encuentra en pequeñas cantidades en la orina, se desconoce la proporción de Tractocile que se elimina por las heces. Se han reportado efectos indeseables en la madre con el uso de Tractocile, los cuales fueron leves (náuseas, cefalea, vértigo, rubor, taquicardia e hipotensión, hiperglucemia). No se observaron efectos indeseables específicos en el recién nacido.

El atosibán es un medicamento con indicación clínica formalmente aprobada en España.

Adalat (nifedipino) en presentación de 10 mg es un antihipertensivo, usado como uteroinhibidor. La biodisponibilidad sistémica del nifedipino después de la administración oral es de 45 a 56% debido a un efecto de primer paso. Las concentraciones plasmáticas y séricas máximas se alcanzan después de 30 a 60 minutos de la administración y corresponden a 65-100 ug. El nifedipino se une a proteínas plasmáticas en un 95%. La sustancia activa se metaboliza casi completamente en el hígado y los metabolitos son inactivos. El nifedipino se excreta como metabolito por vía renal principalmente, solo 5-15% es eliminado por la bilis en las heces. Los bloqueadores de los canales de calcio que se han probado para uso clínico poseen estructuras químicas diversas; las concentraciones aumentadas de calcio citosólico originan aumento de la contracción de las células del

Músculo liso cardiaco y vascular. La entrada de calcio extracelular tiene más importancia en el inicio de la contracción de las células miocárdicas, en tanto la liberación de calcio desde los sitios de almacenamiento intracelular también participa en la contracción del músculo liso vascular, sobre todo en algunos lechos vasculares. Además la entrada de calcio extracelular puede desencadenar la liberación de más calcio desde las reservas intracelulares.

Los efectos adversos más importantes causados por los bloqueadores de los canales de calcio en particular las hidropirinas son los secundarios a la vaso dilatación excesiva. Se expresan como desvanecimiento, cefalalgia rubor náuseas e hipotensión.

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal. Es el responsable del 50% de los nacimientos pretérmino. En Estados Unidos ocupa el 11% y en Europa el 5 al 7%. Su importancia radica en que el porcentaje de presentación no ha disminuido en los últimos 40 años. Los factores pronósticos determinantes del resultado perinatal son las semanas de gestación y el peso al nacer. Por eso se debe distinguir entre dos entidades: Los grandes prematuros por debajo de la semana 32 de gestación y los prematuros extremos por debajo de la semana 28 de gestación.

El límite inferior para considerar un feto como viable se ha establecido alrededor de las 24 Semanas de gestación o un peso fetal mayor a 500 gramos. Esto en centros con atención perinatal especializada.

Existen en el mercado una gran variedad de agentes tocolíticos, entre los más usados en el hospital encontramos a la Terbutalina la cual está contraindicada en las pacientes diabéticas, así también se contraindica el uso de indometacina posterior a la semana 30 por presentar oligohidramnios, dentro de los medicamentos que estudiaremos se encuentra el nifedipino el cual es utilizado como hipotensor y uteroinhibidor y actualmente salió al mercado un nuevo uteroinhibidor: el atosibán.

OBJETIVO

*Objetivo General:

Comparar la disminución de efectos secundarios del atosibán como uteroinhibidor en pacientes diabéticas con amenaza de parto pretérmino entre la semana 30 y 36 de gestación comparado con el nifedipino.

*Objetivos específicos

1. Crear una base de datos con las pacientes que acudan con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en nuestro servicio la cual sentará las bases para registro epidemiológico.
2. Calificar la ruta crítica que siguen las pacientes con dicho diagnóstico.
3. Valorar los efectos secundarios que causan tanto el atosibán como nifedipino, cuando son manejados como agentes tocolíticos en pacientes diabéticas.
4. Definir un manejo específico con el medicamento que menos efectos secundarios presenten para paciente con amenaza de parto pretérmino y diabetes gestacional.

JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es una complicación del embarazo que se presenta hasta en el 15% de todos los embarazos. Representa la principal causa de nacimientos prematuros que incrementa la morbimortalidad prenatal hasta en un 50%, por lo que se requiere una alternativa en el tratamiento tocolítico diferente al nifedipino que causa efectos cardiovasculares como vasodilatación, cefalalgia e hipotensión. El uso de Atosibán puede ofrecernos los mismos efectos tocolíticos pero con menos efectos colaterales.

DISEÑO

Descripción general del estudio:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE de la Ciudad de México en el servicio de Medicina Materno Fetal.

Se estudiaron a pacientes las cuales fueron atendidas en el servicio de Medicina Materno fetal de este instituto, entre el periodo de tiempo comprendido entre julio del 2007 y julio del 2008. Se realizó un estudio Observacional, prospectivo, abierto, clínico transversal, comparativo, aplicado y biomédica.

En esta fecha se inicio la recolección de datos de todas las pacientes que fueron aceptadas en este estudio, se llenó la hoja correspondiente de cada una de ellas, las cuales incluía nombre, edad de la paciente, edad gestacional, diagnóstico, así como un resumen de la historia clínica de cada paciente, la cual se incluía en el expediente.

Sin importar la edad de la paciente se estudiaron pacientes con embarazos comprendidos entre la semana 30 y 36 de edad gestacional.

Se estudiaron pacientes con diagnostico de amenaza de parto pretérmino y diabetes Gestacional.

Las pacientes fueron valoradas en la consulta externa del servicio de Medicina Materno fetal, al cumplir los parámetros de ingreso para este estudio, serán ingresadas por el servicio de urgencias, para iniciar la aplicación de medicamentos a cada una de las pacientes de los diferentes grupos.

El primer estudio tococardiográfico se realizó a su ingreso, y con esto valoramos datos de bienestar fetal y actividad uterina.

Posteriormente se realizó a la hora, a las dos horas, según sea necesario valorar la actividad uterina, para posteriormente llevar un control cada 8 y 24 hrs. posteriores respectivamente.

Se manejo un grupo total de 120 pacientes, las cuales fueron internadas y manejadas a 60 de ellas con nifedipino a 20 mgs vía oral a su ingreso, posteriormente 10 mgs vía oral cada 8 hrs, se monitorizó la evolución de la actividad uterina, realizándole registro cardiotocográfico a su ingreso, a la hora y a las dos horas para posteriormente realizarlo cada 8 hrs hasta que la sintomatología disminuya, y así realizarlo cada 24 hrs. Si la sintomatología no disminuía se incrementaba la dosis en un inicio 40 mgs cada 24 hrs hasta un máximo de 80 mgs cada 24hrs

Se valoró la sintomatología referida por la paciente, en los mismos tiempos en que se realizó registro cardiotocográfico. Se presto especial atención en todos los síntomas relacionados con efectos secundarios de este medicamento. Este grupo fue tomado como grupo control.

A su vez el otro grupo de 60 pacientes cursó con embarazo entre la semana 30 y 36 de gestación con diagnostico de amenaza de parto pretérmino y diabetes gestacional.

Se administró a este grupo de 60 pacientes el otro medicamento en estudio Atosibán. Con un bolo inicial intravenoso de .9ml a pasar en uno o dos minutos. Posteriormente durante las siguientes 3 hrs con bomba de infusión se administrará dos ampolletas de 5.0 ml c/u IV a velocidad de 24 ml/60min.

Posteriormente se administrará dos ampolletas de 5.0 ml c/u a velocidad de 8ml/min. hasta un máximo de 48 hrs.

Se valoró la actividad uterina a su ingreso. Posterior a la administración del medicamento, y a la hora y a las dos horas, para posteriormente realizarlo cada 8 hrs y si la actividad uterina ya no se presenta cada 24 hrs se utilizó como estudio el Registro cardiotocográfico para valorar la actividad uterina.

Los resultados así como efectos secundarios serán recopilados en nuestra hoja de datos para poder obtener los resultados de este estudio.

Pondremos especial atención en los siguientes puntos:

- *Bienestar fetal.
- *Actividad uterina.
- *Sintomatología secundaria y posterior a la aplicación de los medicamentos.
- *Tiempo de aparición y de término de la sintomatología.
- *Suspensión o no de los medicamentos.
- *Tiempo de efecto de los medicamentos como tocolítico.
- *Combinación con otros agentes tocolíticos.

En este estudio se alcanzó la cantidad de pacientes que fueron propuestas en un inicio.

Criterios de inclusión

Pacientes las cuales cursan con embarazo entre la semana 30 y 36 semanas de gestación.

Que cuenta en con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Que cuenten con el diagnóstico de Diabetes gestacional.

Que acudan al servicio de perinatología entre el mes de julio del 2007 al mes de julio del 2008.

Criterios de exclusión.

Pacientes que presenten cualquier dato de sospecha de alteraciones de bienestar fetal

Que no se encuentren entre las semana 30 y 36 de gestación.

Criterios de eliminación.

1 Pacientes que no acepten estar en el estudio.

2 Pacientes que no presenten completos los datos de recolección de datos.

RESULTADOS

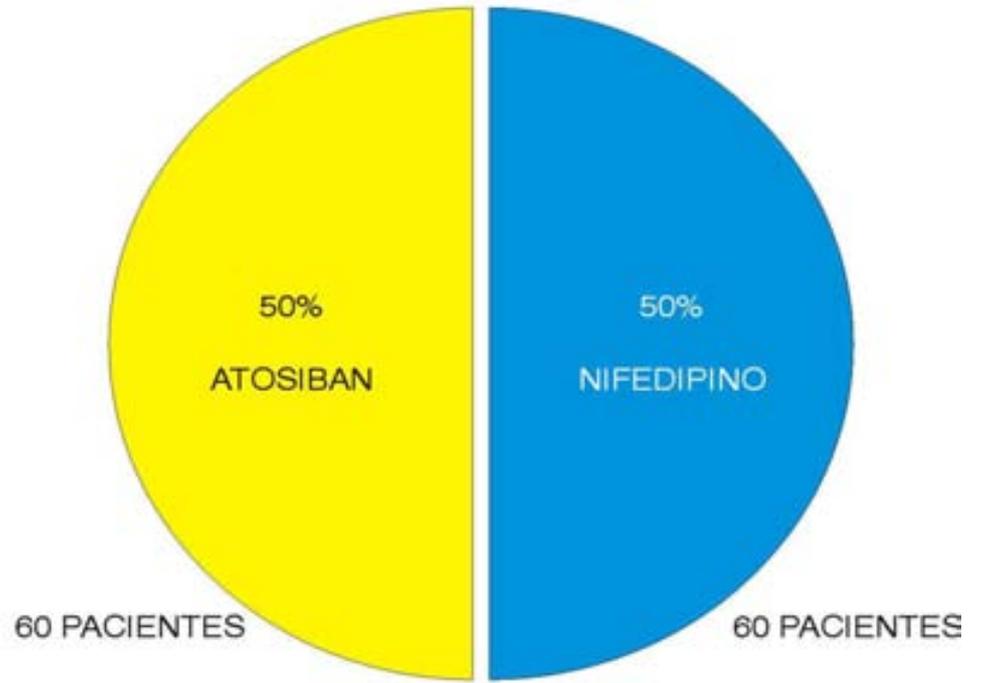
En el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE de la ciudad de México se realizó, un estudio transversal, longitudinal, comparativo, para conocer los efectos secundarios, de dos medicamentos utilizados como tocolíticos, en pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y diabetes gestacional nifedipino y atosibán. MATERIAL Y MÉTODOS: en un período comprendido de Julio del 2007 a Julio del 2008. Se estudiaron a un total de 120 pacientes con los diagnósticos de embarazo entre la semana 30 y 36 de gestación con amenaza de parto pretérmino y diabetes gestacional se separaron en dos grupos de 60 pacientes cada uno, al primer grupo se manejo con nifedipino y al segundo grupo con atosibán y se valoraron los efectos secundarios que cada uno de ellos tenían en nuestras pacientes. RESULTADOS: se realizó seguimiento a las pacientes de ambos grupos encontrando lo siguiente: Aunque en este momento no es papel principal de tesis valorar al nifedipino y al atosibán como tocolíticos en nuestra experiencia encontramos lo siguiente y se comenta a continuación. El nifedipino funcionó adecuadamente como tocolítico en todas las pacientes únicamente se encontró que en 50 pacientes que corresponden al (83%) hubo inhibición de la actividad uterina a la hora de la dosis inicial de (20mgs), 8 pacientes (13.3%) a las dos horas de la dosis inicial y únicamente 2 pacientes (3.3%) persistieron con contracciones irregulares por mas de 24 hrs. y se aumento la dosis del medicamento a 40 mgs al día.

Con respecto al atosibán como tocolítico se encontró que 52 pacientes (86%) respondieron a la primera hora con la impregnación del medicamento, 6 pacientes que corresponden al (10%) presentaron inhibición de la actividad uterina en las siguientes 8 hrs y únicamente 2 pacientes (3.3) pacientes no presentaron inhibición de la actividad uterina y se manejo un toco lítico extra (nifedipino.) a dosis de 10 mgs cada 8 hrs cediendo la actividad uterina.

El nifedipino como efecto secundario presentó rubor facial en 6 pacientes (10%) del total, cefalea leve en 7 pacientes (11.6%) así como 4 pacientes (6.6 %) con cefalea moderada, no se encontró ningún caso de cefalea severa. Se encontró 0% de casos de desprendimiento placentario y únicamente 2 casos de hipotensión que correspondieron al 3.3%. Muerte fetal in útero, no se presentó ningún caso.

Con respecto al atosibán se encontró rubor facial en 2 pacientes que corresponde al 4%, cefalea en una paciente que corresponde al 1.6%, prurito en 9 pacientes (1.5%), hipotensión arterial en una paciente que corresponde al 3.3 % y no se encontraron casos de desprendimiento placentario o muertes fetales. CONCLUSIONES: ambos medicamentos son muy parecidos en cuanto a eficacia como agentes tocolíticos, sin embargo el atosiban presenta menos efectos secundarios que el nifedipino.

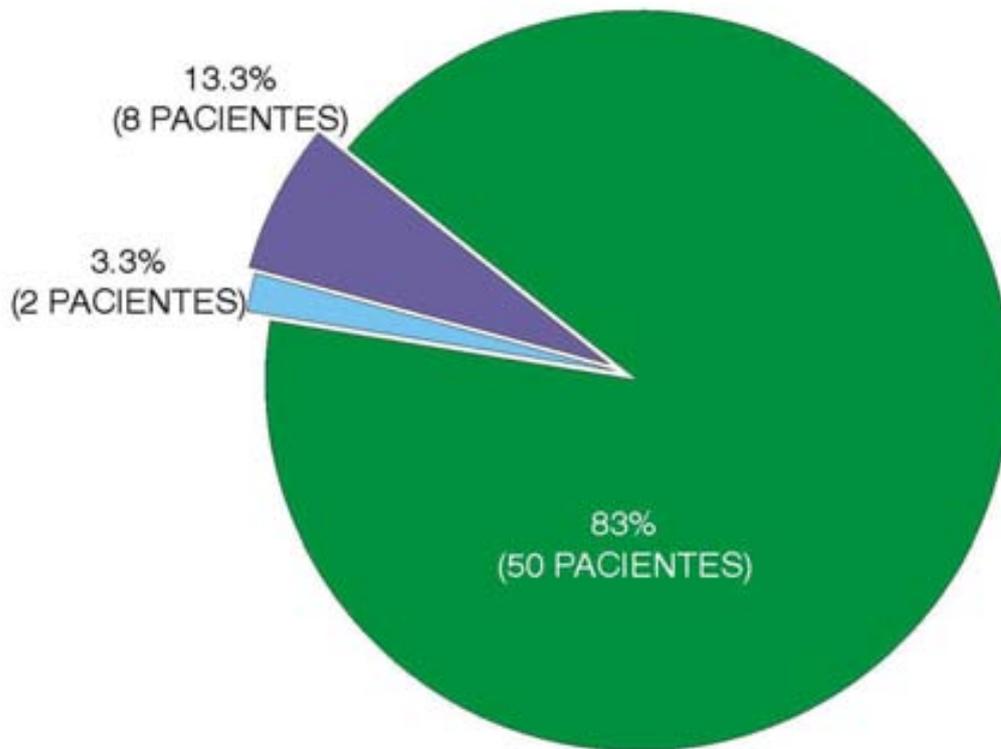
RESULTADOS



120 TOTAL PACIENTES

VOLUMEN DE PACIENTES ESTUDIADOS

NIFEDIPINO COMO TOCOLITICO



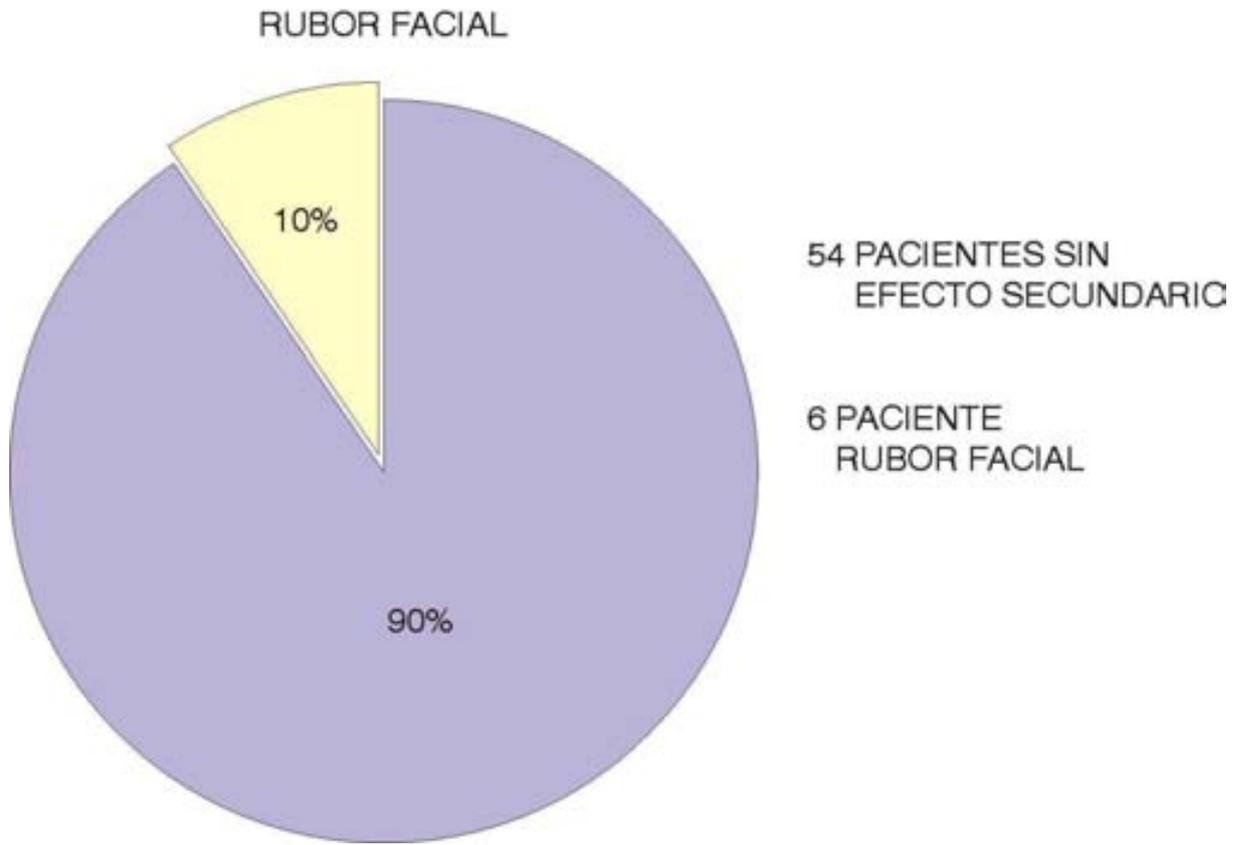
ACTIVIDAD UTERINA SUSPENDIDA 100%

50 PACIENTES 83% A LA HORA DE INICIO DEL MEDICAMENTO
(20 MGS. DE NIFEDIPINO)

8 PACIENTES 13.3% A LAS 2 HORAS DE INICIO DE MEDICAMENTO

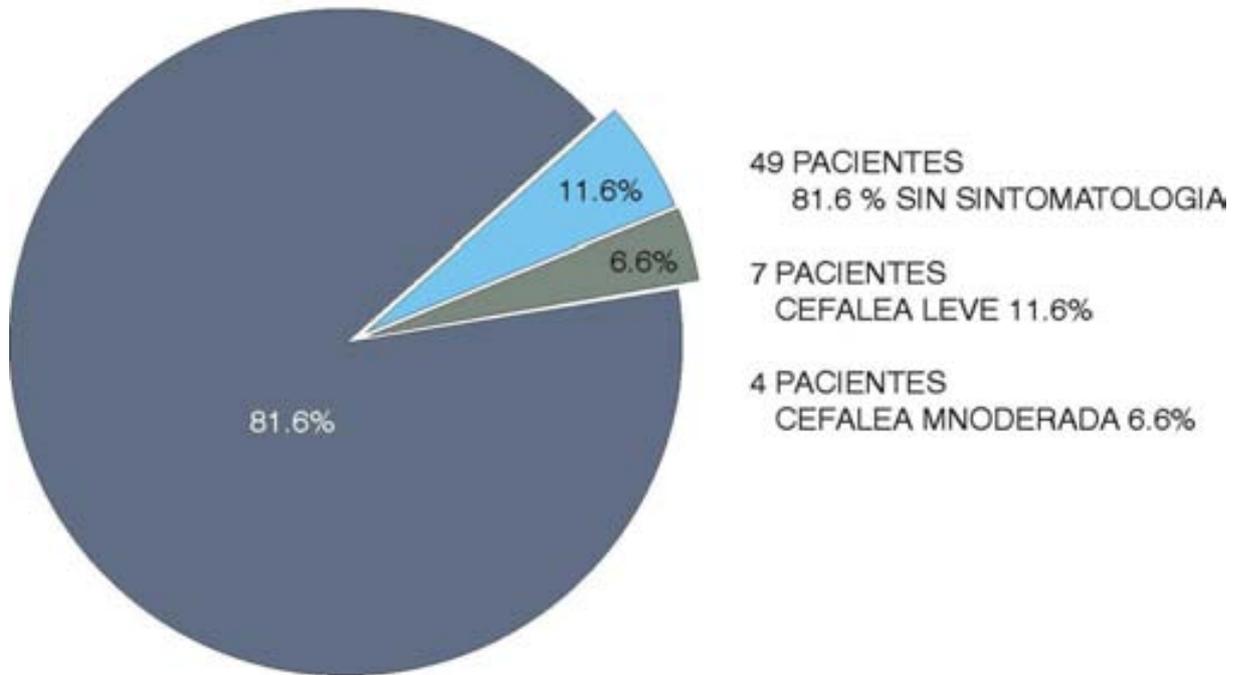
2 PACIENTES 3.3% PERSISTIERON CON CONTRACCIONES IRREGULARES
Y SE INCREMENTO LA DOSIS A LAS 24 HORAS A 10 MGS CADA 6 HORAS

NIFEDIPINO EFECTOS SECUNDARIOS



NIFEDIPINO EFECTOS SECUNDARIOS

CEFALEA



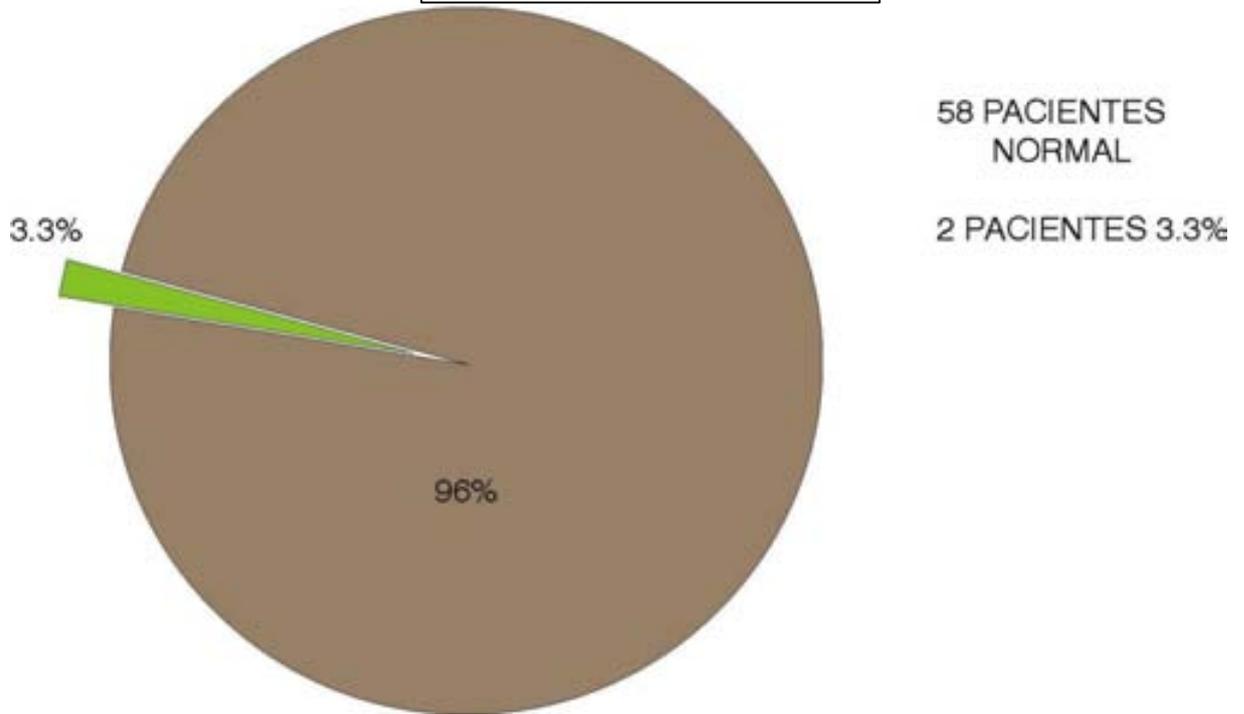
NIFEDIPINO EFECTOS SECUNDARIOS

DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO



NIFEDIPINO EFECTOS SECUNDARIOS

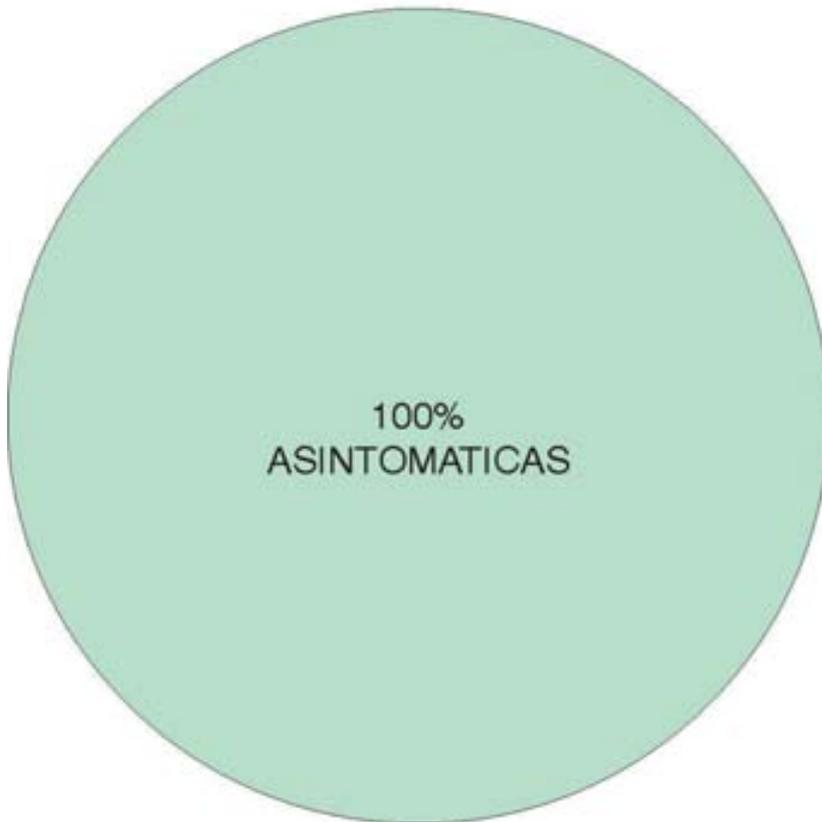
HIPOENSION ARTERIAL.



NIFEDIPINO

MTE FETAL

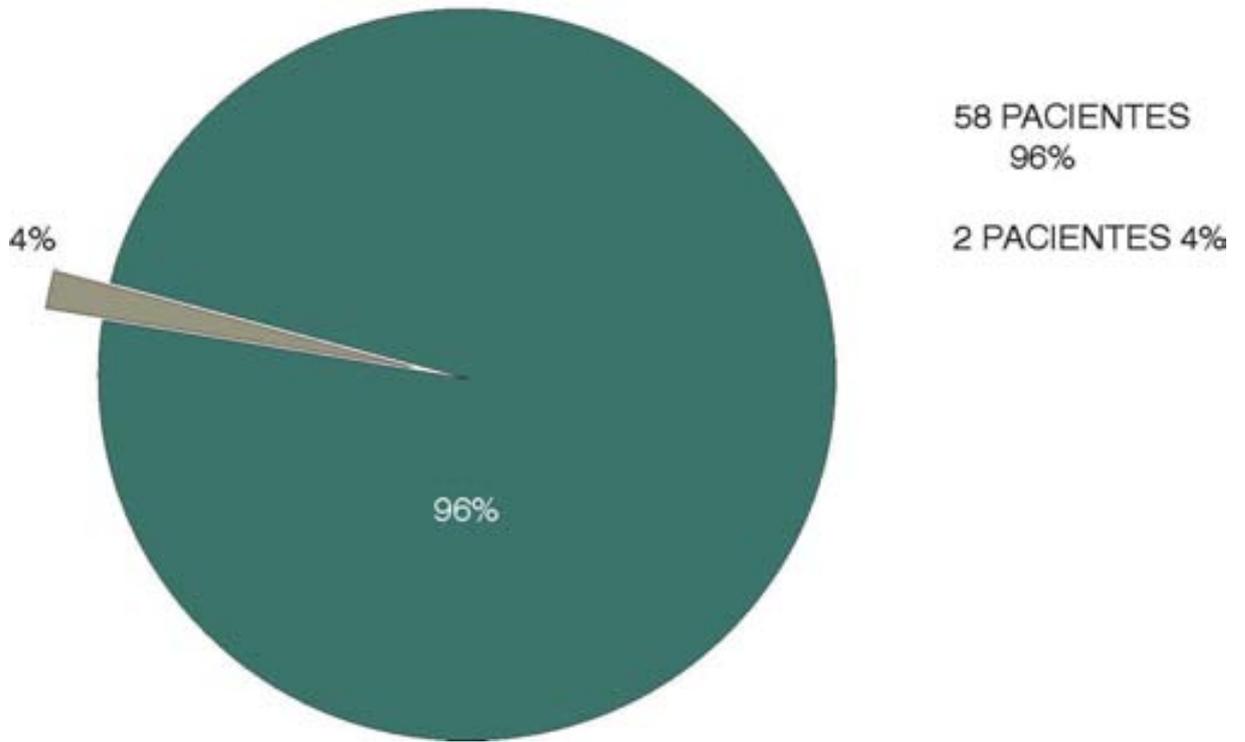
0 %



100%
ASINTOMATICAS

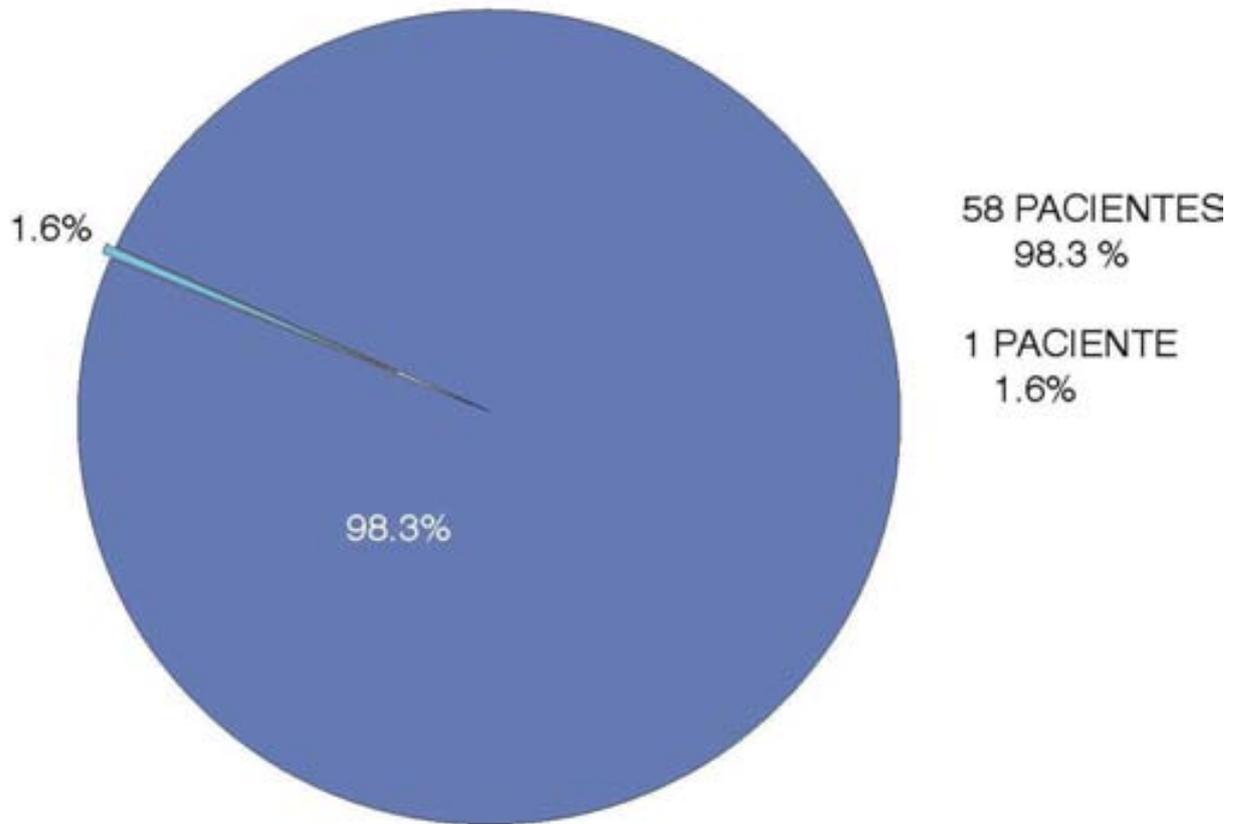
ATOSIBAN

RUBOR FACIAL



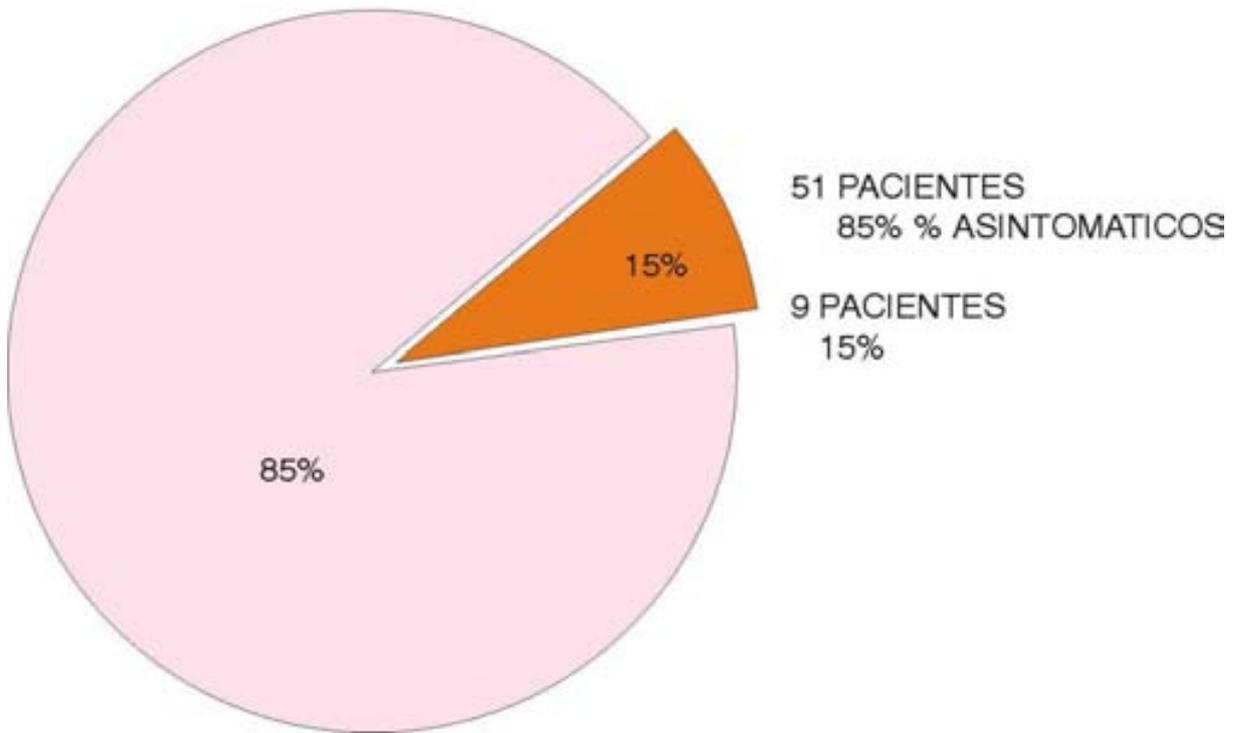
ATOSIBAN

CEFALEA



ATOSIBAN

PRURITO



CONCLUSIONES

En este estudio realizado con 120 pacientes, consideramos se estudió a un adecuado número, y las conclusiones a las que podemos llegar son muy claras, ambos medicamentos (nifedipino y atosibán) son muy buenos como agentes tocolíticos, únicamente se presentó variación en el tiempo de efecto de los mismos, así mismo el atosigán en un porcentaje muy pequeño necesitó el manejo con otro agente tocolítico.

Con respecto a los efectos secundarios, nuevamente ambos son bien tolerados por las pacientes, no presentándose ningún caso grave, sin embargo el atosibán presentó menos efectos vasculares. Únicamente se elevó el porcentaje en el prurito que no se presentó con el nifedipino.

Podemos concluir que ambos medicamentos tienen buen efecto tocolítico y sus efectos secundarios que aunque escasos son bien tolerados por las pacientes.

ANEXOS

—

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

Lugar y fecha:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Semanas de Gestación:

Diagnostico:

Tratamientos recibidos:

Medicamento a utilizar :

Dosis de impregnación:

Dosis de mantenimiento primeras 3 horas:

Dosis de mantenimiento hasta 48 hrs :

Hora de inicio del tratamiento:

Hora de término del tratamiento:

Evolución :

Médico que recolecto la información:

Firmó consentimiento informado:

Elaboro:

Dr. Raúl Antonio León Ochoa.

HOSPITAL REGIONAL “LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS”

SERVICIO DE PERINATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO TOCOLITICO CON ATOSIBAN (TRACTOSILE)

SE ME HA INFORMADO DE LOS BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL MEDICAMENTO ATOSIBAN TRACTOSILE, EL CUAL SE ME APLICARA PARA INHIBIR LAS CONTRACCIONES UTERINAS, QUE ACTUALMENTE PADEZCO.

YO _____ HE SIDO INFORMADA DE LOS SIGUIENTES RIESGOS Y BENEFICIOS DEL USO DE ATOSIBAN TRACTOSILE PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS QUE PADEZCO Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y COMENTAR LOS RIESGOS CON MIS MEDICOS TRATANTES Y SUS COLABORADORES LOS CUALES ME INFORMARON EXTENSAMENTE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DEL MEDICAMENTO EN MENCION, EN MI OPINION LOS BENEFICIOS DEL MEDICAMENTO SUPERAN LOS RIESGOS POTENCIALES.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE COMENTAR TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS ACERCA DEL MEDICAMENTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME ADMINISTRE MENCIONADO MEDICAMENTO.

PACIENTE

TESTIGO

BIBLIOGRAFÍA

1. L. Cabero, D.Saldívar, E. Cabrillo Obstetricia y Medicina Materno-Fetal Editorial Panamericana 2007.
2. Gleicher, Buttino, Elkayan, Galbraith Tratamiento de las complicaciones clínicas de embarazo. Editorial Panamericana 2000.
3. Harrison, Evans, Adzick El Paciente prenatal. Arte y Ciencia de la Terapia Fetal. Tercera edición Editorial McGraw Hill 2002.
4. Lluís Cabero Roura Riesgo Elevado Obstétrico Editorial Masson Reimpresión 1999.
5. Rodrigo Cifuentes B. MD.PhD Obstetricia de Alto Riesgo. Sexta Edición. Editorial Distribunas. 2006.
6. Héctor J. Alfaro Rodríguez, Eliana Cejudo Carranza Complicaciones Médicas en el Embarazo Editorial Mc Graw Hill Segunda Edición
7. E. Gratacós, R. Gómez , K. Nicolaides Medicina Fetal Editorial Panamericana 2007.
8. Micki L. Cabanis Monitorización Fetal Electrónica Editorial Masson 1995.
9. Gilbert Harmon Manual de Embarazo y Parto de Alto Riesgo Tercera edición Editorial Mosby