

Consentimiento Informado para Manejo
Intervencional Endovascular del Acretismo
Placentario

Radiología Intervencional



Consentimiento Informado para Manejo Intervencional Endovascular del Acretismo Placentario

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. Sra.
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a realizarme una:
INTERVENCION ENDOVASCULAR COMO MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO.



Su médico tratante nos ha solicitado realizar una intervención endovascular como manejo del Acretismo placentario

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Si usted tiene un diagnóstico de acretismo placentario, su parto es de alto riesgo con posibilidad de hemorragia muy grave, por lo que se establece un manejo multidisciplinario profiláctico que implica desde el punto de vista Intervencional la instalación pre-parto, bajo rayos X en Hemodinamia, de balones en ambas arterias hipogástricas o iliacas comunes para que durante la cesárea se puedan inflar y así lograr disminuir la hemorragia asociada a esta riesgosa condición clínica. La radiación que recibirá su hijo(a) en su vientre se tratará de reducir al mínimo posible. En el tercer trimestre del embarazo, el riesgo de su hijo de sufrir una malformación asociada a la radiación es extremadamente baja, y similar al riesgo de un recién nacido.
- En todo caso, el costo-beneficio se inclina claramente al beneficio en su caso, y es por ello que se realiza esta intervención. Una vez en pabellón, luego de inflar los balones en las arterias hipogástricas, si al finalizar el procedimiento no se controla el sangramiento, puede ser necesario embolicar las arterias, esto es, ocluir las arterias con material reabsorbible inyectado mediante catéteres dentro de sus vasos sanguíneos.
- En caso que la embolización no logre detener el sangramiento, su ginecólogo tomará la mejor decisión en su caso, llegando en la mayoría de los casos a extirpar el útero (Histerectomía). Esto ocurre en aproximadamente un 10% de los casos.
- La embolización de las arterias pelvianas y uterinas es un procedimiento que bloquea la irrigación arterial al útero en forma transitoria, y en la mayoría de las pacientes, la irrigación se recupera luego de algunas semanas llegando a un flujo normal y permitiendo en la mayoría de los casos un nuevo embarazo de término.
- **Los eventos adversos que pueden ocurrir son:** hematoma en el sitio de punción femoral, embolización de territorios no deseados (por ejemplo, el recto o la vejiga), trombosis, embolia arterial hacia extremidades inferiores, disección arterial. Estas complicaciones ocurren en menos del 5% de los casos.



- El médico encargado de su caso le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.
- No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.
- Certifico que este formulario, me fue explicado y que lo leí o fue leído para mí y que entendí su contenido.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una:
INTERVENCION ENDOVASCULAR COMO MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).