

| | | | |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| SERVICIO: | | Nº Historia Clínica: | |
| Unidad: | | Nombre Paciente: | |
| Habitación: | Cama: | Fecha Nacimiento: | Sexo: |

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CERCLAJE CERVICAL ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

| | | | |
|--|------------|--------------|--------------|
| DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal: | | | |
| NOMBRE APELLIDOS (Paciente) | DNI | FIRMA | FECHA |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento | | | |
| NOMBRE APELLIDOS (Paciente) | DNI | FIRMA | FECHA |

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en el anudamiento de una cinta o hilo alrededor del cuello del útero, con objeto de reducir la amplitud del orificio cervical, cuya incompetencia (disminución de la capacidad para mantenerse cerrado y "sostener" el contenido uterino) puede conducir a un aborto o parto pretérmino. Es una intervención quirúrgica habitualmente de pocos minutos de duración, que se realiza por lo general vía vaginal y bajo anestesia (a valorar por el Servicio de Anestesiología). El cerclaje se retira en la semana 37 o antes si se inicia el trabajo de parto. Habitualmente su retirada se realiza con facilidad, sin necesitar una nueva intervención quirúrgica ni anestesia.

El cerclaje cervical programado o "preventivo" se realiza entre las semanas 12 y 16. El cerclaje cervical urgente o "terapéutico" se realiza cuando existe un acortamiento importante del cervix o dilatación evidente del canal cervical con exposición de las membranas amnióticas. Es una intervención de rescate, típica del segundo trimestre, técnicamente más compleja que el cerclaje programado y que presenta un mayor riesgo de complicaciones.

En su caso concreto se realizará.....
por vía

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El cerclaje cervical persigue conferir al cuello uterino cierta capacidad de resistencia a su apertura, con objeto de evitar el aborto o el parto pretérmino. Aunque sus beneficios reales en cuanto a prevención de estos eventos son actualmente objeto de debate, es una técnica que puede resultar eficaz y que sigue constituyendo hoy en día el tratamiento de la incompetencia cervical.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Existen otras opciones terapéuticas conservadoras, que no implican la intervención quirúrgica, por lo que no producen el cierre del orificio cervical, como el reposo absoluto, el pesario vaginal, la administración de fármacos útero-inhibidores, etc., con un porcentaje de éxito algo inferior.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La realización de un cerclaje cervical implica una vigilancia más estricta de la gestación y la necesidad de tratamientos complementarios. Será necesaria la retirada del cerclaje cervical previa al parto.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Aunque la intervención no garantiza absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical, su no realización aumenta las posibilidades de que se produzca un parto prematuro ó un aborto.

RIESGOS FRECUENTES

Las posibles complicaciones a corto plazo incluyen la rotura prematura de membranas, la infección de las mismas (corioamnionitis), el sangrado cervical y el desencadenamiento del aborto / parto. A largo plazo se contemplan,

además de la posibilidad de rotura prematura de membranas y corioamnionitis, otros riesgos mucho menos frecuentes, como la laceración cervical por iniciarse el trabajo de parto antes de la retirada del cerclaje, la estenosis del cuello uterino que comprometa la dilatación en el parto y la migración de la sutura que dificulte su retirada.

Por otro lado, la intervención no garantiza absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical, y existe un pequeño porcentaje de fracasos, con resultado de aborto tardío o parto pretérmino.

Otros riesgos potenciales son los derivados de la anestesia. Además, toda intervención quirúrgica conlleva una serie de posibles complicaciones comunes y en ocasiones graves, que pueden hacer necesario tratamientos complementarios médicos y/o quirúrgicos, y lleva implícito un mínimo porcentaje de mortalidad. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

A veces durante la intervención se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de realizar la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

En su caso concreto pueden aparecer, además de las complicaciones anteriormente citadas

.....

CONTRAINDICACIONES

Se contraindica la realización de un cerclaje en aquellas gestaciones en las que se evidencia trabajo de parto (contracciones uterinas), rotura prematura de membranas, corioamnionitis, sangrado uterino no filiado y malformaciones fetales incompatibles con la vida. Otras contraindicaciones a tener en cuenta serán las limitaciones a una intervención quirúrgica que determine la patología de la propia paciente.

| | | | |
|--|------------|--------------|--------------|
| PACIENTE | | | |
| D/D ^a | | | |
| DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento | | | |
| NOMBRE / APELLIDOS | DNI | FIRMA | FECHA |
| FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE | | | |
| D/D ^a | | | |
| DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento | | | |
| TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE | DNI | FIRMA | FECHA |
| MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a | | | |
| DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo. | | | |
| MÉDICO RESPONSABLE | DNI | FIRMA | FECHA |