

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERCLAJE CERVICAL

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El cerclaje cervical se realiza cuando existe riesgo de parto prematuro debido a la incapacidad del cuello uterino para mantenerse cerrado durante el embarazo.

El procedimiento consiste en colocar una sutura o cinta anudada alrededor del cuello del útero con el objetivo de reforzarlo, evitar su dilatación precoz, y con ello reducir el riesgo de aborto tardío o parto prematuro. La vía habitual de abordaje para realizar esta intervención es la vaginal y se realiza con anestesia locoregional o general. El cerclaje se mantiene hasta el término del embarazo (semana 37), o hasta el inicio del parto, momento en el cual se procede a su retirada.

La finalidad del procedimiento consiste en prolongar la gestación hasta una edad fetal viable.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Rotura prematura de las membranas amnióticas.
- Infección local o general (corioamnionitis, endocervicitis, sepsis).
- Pérdida gestacional.
- Sangrado o lesión de estructuras vecinas.
- Contracciones uterinas o amenaza de parto prematuro.
- Desencadenamiento del parto (o aborto) en las semanas siguientes al cerclaje.
- Riesgo de reaparición de insuficiencia cervical en gestaciones futuras
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- |                                   |  |                                     |   |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

☐ .....puede  
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

- Infección de las membranas (o corioamnionitis).

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Reposo absoluto.
- Uso de fármacos para evitar las contracciones.
- Colocación de pesario.

## AUTORIZACIÓN PARA "CERCLAJE CERVICAL"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: