

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL HIMEN Y/O INTROITO VULVAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento se realiza para tratar problemas en la zona de entrada de la vagina (llamada introito vulvar) y en el himen, una fina membrana que puede cubrir parcialmente esa entrada.

En algunas mujeres, el himen no presenta ningún orificio (himen imperforado), lo que impide la salida de la sangre menstrual. En estos casos, es necesario realizar una pequeña cirugía para abrirlo. También puede indicarse si el himen es muy grueso o tiene forma irregular que causa molestias o dificultad durante las relaciones sexuales.

La cirugía también puede corregir el ensanchamiento de la entrada vaginal, que puede ocurrir tras el parto, por debilidad de los músculos del suelo pélvico o por un prolapse (descenso de los órganos internos más allá de lo normal).

La intervención consiste en abrir el himen si está cerrado o es demasiado grueso. Posteriormente, se reconstruye si es necesario, utilizando puntos o un pequeño injerto de tejido vaginal. Finalmente, se ajusta la entrada vaginal si está demasiado amplia.

La cirugía se realiza de forma ambulatoria, bajo anestesia local y sedación.

La finalidad de esta cirugía es permitir la salida normal de la sangre menstrual, mejorar la comodidad durante las relaciones sexuales y corregir alteraciones en la forma o tamaño de la entrada vaginal.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos específicos de esta intervención:

- Hematoma perineal: acumulación de sangre bajo la piel entre la vagina y el ano, que puede causar dolor e hinchazón.
- Infección del área operada.
- Cicatriz dolorosa: en algunos casos, la cicatriz puede causar molestias o dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia).
- Sangrado.
- Formación de trombos.
- Persistencia de síntomas: la cirugía puede no resolver completamente los síntomas (por ejemplo, dolor en las relaciones) si existen otras causas asociadas.

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 |
| <input type="checkbox"/>puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones. | | | |

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL HIMEN Y/O INTROITO VULVAR"

Yo, D./D.^a , como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: