

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VULVECTOMÍA SIMPLE**

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

Esta cirugía se hace cuando hay lesiones, heridas o tumores en la vulva que no se han extendido a otras partes del cuerpo. Esta intervención puede acompañarse o no de biopsia de ganglio centinela.

La intervención consiste en la extirpación de toda o una parte de la vulva, es decir, los órganos genitales de la mujer como los labios mayores y menores y/o clítoris. También puede incluir tejidos cercanos a vagina, uretra y zona perineal.

Los órganos que finalmente se extirpen dependerán de la extensión de la patología que presente la paciente. A veces, solo es necesaria la extirpación de la mitad de la vulva (hemivulvectomía).

Para hacer la cirugía se hace un corte en la piel de la vulva para quitar toda la zona afectada. Después, se cierra la herida con puntos. En algunos casos, se coloca un tubo llamado drenaje para que no se acumulen líquidos en la zona operada.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad del procedimiento consiste en extirpar el tumor o las lesiones, mejorar las posibilidades de curación, y evitar que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Alteración física de la vulva y pérdida de sensibilidad en la zona.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

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

Riesgos frecuentes:

- Dolor y molestias en la recuperación.
- Cicatrices visibles que pueden afectar la apariencia de la zona operada.

Riesgos poco frecuentes pero graves:

- Lesiones en órganos cercanos, como la vejiga, la uretra (por donde sale la orina) o el recto (parte final del intestino).
- Lesiones vasculares o nerviosas, vesicales, uretrales o rectales.
- Infecciones urinarias, incontinencia urinaria.
- Incontinencia fecal.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

#### Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas, permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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)

- ☐ No tiene    ☐ Diabetes    ☐ Obesidad    ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia    ☐ Edad Avanzada    ☐ Tabaquismo    ☐ Tratamiento anticoagulante

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

#### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

#### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Radioterapia.
- Quimioterapia.

#### AUTORIZACIÓN PARA "VULVECTOMÍA SIMPLE"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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: