

**Documento de Consentimiento Informado****“VULVECTOMÍA RADICAL”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

La **vulvectomía radical** consiste en la extirpación de la zona de la lesión con márgenes macroscópicos libres de toda la vulva, además del monte de venus, zona perianal y tercio externo de la vagina. Esta intervención puede acompañarse o no de **biopsia de ganglio centinela** que consiste en la identificación y extirpación, tras inyección peritumoral de contraste, del primer o primeros ganglios linfáticos de drenaje para su posterior análisis anatomopatológico. Puede ser considerado como una alternativa a la linfadenectomía inguinal en determinados casos.

Esta intervención puede acompañarse o no **linfadenectomía inguinal** consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos, situados en ambos pliegues inguinales, pudiendo ser uni o bilateral según la localización de la lesión vulvar y su área de drenaje. En caso de sospecha inicial de afectación ganglionar, la linfadenectomía no sólo tendría un papel diagnóstico sino también terapéutico.

Esta intervención puede acompañarse o no de **técnicas de oncoplastia** que buscan la reparación del defecto de la piel vulvar causado con la exéresis previa, estas técnicas se emplean en casos de lesiones amplias, con defectos de repleción grandes y buscan mejorar la recuperación de la piel y minimizar las complicaciones.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- **Tipo de procedimiento:** puede tener tanto finalidad diagnóstica como terapéutica. Siendo necesario, en ocasiones, la colaboración de otros especialistas como cirugía plástica, urología, cirugía general y digestiva, para una correcta exéresis y reconstrucción del área afecta.
- **Vía de abordaje quirúrgico:** Vulvar.

Esta intervención precisa anestesia. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

**En mi caso el tipo de cirugía que se efectuará afectará a:** .....

.....  
Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podría modificar la técnica quirúrgica programada.

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

Varían en función del tamaño y el área afectada. Fundamentalmente cambios dérmicos que puedan condicionar una alteración en la percepción corporal, en caso de cercanía a uretra y/o ano puede alterar la función de los mismos.

.....

**RIESGOS GENERALES**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como a otros específicos del procedimiento. Las complicaciones puede aparecer en el mismo acto quirúrgico, en el periodo inmediato o a medio o largo plazo.

**Frecuentes**

Seroma o dehiscencia de la herida quirúrgica, infección de la herida quirúrgica, infección urinaria principalmente si precisa sondaje vesical mantenido en el tiempo. Linfedema o linfoquistes, parestesias del nervio femoral en caso de cirugía sobre la zona ganglionar. Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.

**Infrecuentes**

Hemorragia que precise reintervención y/o transfusión sanguínea (intra o postoperatoria). Lesiones vasculares, nerviosas, vesicales ureterales o rectales; fístulas vesicales y/o rectales; trastornos en la micción y/o evacuación digestiva.

**RIESGOS PERSONALIZADOS** (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....  
.....

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica, como por la situación vital de cada paciente (obesidad, edad avanzada, hipertensión, diabetes, anemia, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

También autorizo a que se hagan fotos o videos para documentar el caso o con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre que sea preservada mi identidad de forma confidencial.

**ALTERNATIVAS**

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como tratamiento radioterápico con sus complicaciones.

Apellidos y nombre de la **paciente** .....

.....

DNI de la **paciente** .....

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente\* .....

.....

DNI del **representante legal** de la paciente\* .....

**AUTORIZACIÓN**

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones **y me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa .....

Nombre del **médico** que informa .....

Nº de colegiado .....

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (\*)

\* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar .....

**REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)**

Firma y DNI de la **paciente o su representante\***

\* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento