Consentimiento informado

Labioplastia

©2021 American Society of Plastic Surgeons®. Se otorga a los compradores del *Recurso de consentimiento informado* una licencia limitada que les permite modificar los presentes documentos y reproducir la versión modificada para su uso únicamente en la práctica privada de los compradores. La American Society of Plastic Surgeons® se reserva todos los demás derechos®. Los compradores no podrán vender ni permitir que terceros usen ninguna versión del *Recurso de consentimiento informado*, ninguno de los presentes documentos ni ninguna versión modificada de dichos documentos.

INSTRUCCIONES

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre la cirugía de labioplastia, sus riesgos y el/los tratamiento/s alternativo/s disponible/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACIÓN GENERAL

La labioplastia se realiza a mujeres con los labios de la vagina excesivos o redundantes, que sufren de líneas de contorno antiestéticas y molestias físicas. Estas mujeres manifiestan pellizcos o roce cuando están sentadas o caminan, impedimentos durante el acto sexual y dificultad para mantener la higiene durante la menstruación o después de evacuar.

El término labioplastia se refiere a la reducción del tamaño de los labios menores. Los labios menores son unas bandas de tejido en ambos lados de la vagina que están debajo de los labios mayores. Estos dos colgajos de piel se extienden desde el clítoris. Los cambios hormonales del cuerpo causados por el embarazo, la pubertad, la menopausia y la edad agrandan y oscurecen estos tejidos. Muchas mujeres sienten que estos cambios son en especial perturbadores, puesto que son evidentes para ellas y sus compañeros sexuales. En algunos casos, los labios menores pueden agrandarse tanto que interfieren en el acto sexual.

La labioplastia es uno de los procedimientos de rejuvenecimiento genital más frecuentes. El procedimiento consta de cortar el exceso de tejido y cerrar la incisión. El objeto de la cirugía es reducir los labios menores y no quitarlos en su totalidad.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Otras formas de tratamiento consisten en no reducir los labios menores quirúrgicamente.

RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE LABIOPLASTIA

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos, y es importante que usted los comprenda, así como las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo y el potencial beneficio. Aunque la mayoría de las pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las posibles consecuencias de la labioplastia.

RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA CIRUGÍA DE LABIOPLASTIA

Cicatrización:

Todas las cirugías dejan cicatrices, algunas más visibles que otras. A pesar de que se espera una buena cicatrización de las heridas después de un procedimiento quirúrgico, es posible que se presenten cicatrices anormales en la piel y los tejidos más profundos. Las cicatrices pueden ser desagradables y de distinto color al tono de la piel circundante. Su apariencia también puede variar dentro de la misma cicatriz. Las cicatrices pueden ser asimétricas, es decir, lucir diferente en el lado derecho del cuerpo que en el izquierdo. Existe la posibilidad de que queden marcas visibles en la piel, producto de las suturas. La cicatrización en esta zona puede provocar dolor durante el acto sexual, otras disfunciones sexuales o cambios en el chorro de orina. En algunos casos, puede ser necesaria una revisión quirúrgica o un tratamiento.

Dolor:

Usted experimentará dolor luego de la cirugía. El dolor puede ser de intensidad y duración diversas, y puede persistir luego de la cirugía. El dolor crónico se puede presentar muy rara vez producto de nervios

 ©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

atrapados en el tejido cicatricial (neuroma) o bien por el estiramiento del tejido. La cicatrización en esta zona puede provocar dolor durante el acto sexual y, en algunos casos, puede requerir revisión quirúrgica o tratamiento. Esto puede causar problemas funcionales durante el acto sexual o al orinar o evacuar.

Irregularidades del contorno de la piel:

Pueden presentarse irregularidades en el contorno y la forma corporales. Pueden presentarse arrugas visibles y palpables. Siempre está presente la posibilidad de que se produzcan irregularidades cutáneas residuales en los extremos de las incisiones, conocidas como "orejas de perro", cuando hay excesos de piel. Estos problemas pueden mejorar con el tiempo, o también pueden corregirse mediante cirugía.

Retraso en el proceso de cicatrización:

Es posible que se produzcan alteraciones en la herida o que se retrase el proceso de cicatrización. Algunas zonas de la piel pueden presentar necrosis o desprenderse. Esto puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía adicional con el fin de retirar el tejido que no ha sanado. Es posible que las personas que padecen riego sanguíneo disminuido al tejido producto de cirugías previas o tratamientos de radiación se enfrenten a un mayor riesgo de retraso en el proceso de cicatrización de la herida y resultado quirúrgico desfavorable. Los fumadores se enfrentan a un mayor riesgo de pérdida cutánea y complicaciones en el proceso de cicatrización de la herida.

Decoloración/inflamación de la piel:

Luego de la cirugía suele haber formación de moretones e inflamación. La piel cercana al lugar de la cirugía puede parecer más clara o más oscura que la piel circundante. Aunque es poco común, la inflamación y la decoloración de la piel puede persistir por largos períodos de tiempo, y en situaciones poco frecuentes, ser permanentes.

Cambio en la sensibilidad:

Es común experimentar una disminución (o pérdida) de la sensibilidad cutánea en las áreas sometidas a la cirugía. No es frecuente experimentar cambios permanentes en la sensibilidad, pero es posible. La sensación de disminución (o pérdida total) de la piel puede no resolverse en su totalidad luego de la cirugía.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. Thomas JenebySample y a sus asistentes seleccionados a practicar una **cirugía de labioplastia**.

   He recibido la siguiente hoja informativa: **Labioplastia.**

2. Reconozco que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o la anestesia, la presentación de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los manifestados anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes o personas designadas a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso aquellas que mi médico no conozca al momento de iniciado el procedimiento.

3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.

4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.

5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.

7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dispositivos médicos, o partes corporales que se extraigan.

8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.

9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivo médico, si es aplicable.

10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.

11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Renuncio a este procedimiento _____.

12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
    a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
    b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
    c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

_____
Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora_____ Testigo _____

____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®