

CIRUGÍA ESTÉTICA PARTES ÍNTIMAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ESTÉTICA DE LAS PARTES ÍNTIMAS FEMENINAS

Este es un documento de consentimiento informado recopilado de varias fuentes y preparado para los pacientes del MIEMBRO TITULAR DE LA SPACPRE Dr. _____ por la Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética en base a libros, artículos y publicaciones por Internet para informarles sobre la CIRUGÍA ESTÉTICA DE LAS PARTES ÍNTIMAS FEMENINAS, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Es importante que lea ésta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga su firma o media firma en cada página, indicando así que la ha leído, y firme el consentimiento para la cirugía elegida. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico. La práctica de la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. La firma de este documento sólo tiene como objetivo demostrar que Ud. está informado del procedimiento que ha elegido y solicitado; y de las posibles complicaciones y riesgos de la operación. No implica nada más.

LABIOS MENORES Y MAYORES

La labioplastia es un procedimiento estrictamente estético que embellece los labios genitales femeninos menores sin alterar su funcionalidad.

Embellce su intimidad y disminuye los problemas originados por la posible insatisfacción de tener labios menores muy grandes o colgantes.

Reduce el tamaño de los labios menores hipertróficos (demasiado desarrollados) o colgantes.

Corrige asimetrías (diferencias de un lado con el otro) o formas demasiado irregulares que suelen darse en los labios menores. Revitaliza y les da un aspecto más lozano a los labios menores y mayores envejecidos o flácidos, mediante la inyección de grasa que permite al mismo tiempo disminuir la apertura del introito vaginal cuando este es demasiado ancho.

Se reduce la longitud de los labios menores que resultan demasiado largos, de manera que adquieran un aspecto parejo y armónico. Si la longitud excesiva afecta solamente a un sector, reduce sólo ese sector para lograr un resultado simétrico. Si la longitud afecta ambos labios, la reducción se aplica a ambos labios. A continuación, mediante la inyección de grasa del propio paciente aspirada con jeringas, se devuelve la turgencia perdida a los labios menores y mayores flácidos y aumenta el volumen de los labios mayores para darles más definición. La anestesia puede ser local o peridural, y el paciente puede estar despierto o dormido bajo los efectos de una sedación. La cirugía dura aproximadamente una a dos horas.

No requiere internación. Es un procedimiento ambulatorio. Los resultados de una labioplastia son permanentes. Sus labios vulvares tendrán un aspecto más armonioso y agradable que probablemente le harán sentir más cómoda y segura. Si la paciente se sentía incómoda al usar ciertas prendas ajustadas como los trajes de baño, por ejemplo, porque temía que la forma de sus genitales se transparentara a través de la tela, después de la labioplastia podrá utilizar dichas prendas con más tranquilidad. La fecha ideal para realizar una cirugía en la zona genital es inmediatamente después de finalizada la menstruación del mes correspondiente.

De esta manera, cuando se produzca la siguiente menstruación, los tejidos ya se encontrarán recuperados. Si el sangrado menstrual se produjera antes de la curación completa de las

heridas, la cirugía podría realizarse igual, pero aumentaría su incomodidad y el riesgo de padecer infecciones.

Usted no necesita realizar ninguna preparación especial y puede continuar con su actividad sexual habitual hasta el día anterior a la cirugía.

Es conveniente que usted le haga a su cirujano todas las preguntas necesarias para eliminar sus dudas y aliviar los temores naturales que cualquier persona siente antes de una operación. Recuerde que fumar disminuye la oxigenación de su cuerpo y que una oxigenación deficiente puede traer complicaciones después de la operación. Por ejemplo, una cicatrización más lenta, cicatrices más gruesas y más visibles, y hasta una necrosis de la piel alrededor de la cicatriz. Por lo tanto, si usted fuma, le solicitamos que deje el cigarrillo algunas semanas antes de su cirugía hasta 2 semanas después. Esta cirugía no requiera más vendajes que un simple apósito sobre la vulva. Los puntos no se remueven, ya que se utiliza hilo reabsorbible.

Los hematomas e hinchazón son mínimos. Las cicatrices son muy pequeñas en todos los casos, y gracias a las excelentes características de cicatrización de los tejidos de la zona, se vuelven prácticamente imperceptibles en poco tiempo. Usted deberá guardar reposo relativo durante 24 horas, durante las cuales podrá caminar en la casa. En los días siguientes podrá ir retomando sus actividades de manera progresiva. Pueden quedar al final algunas asimetrías (diferencias de tamaño y forma entre ambos labios). Puede haber infecciones aunque muy raras. Puede haber cicatrices patológicas, hematomas, seromas y alteraciones temporales de la sensibilidad que generalmente se corrigen solas

VAGINOPLASTIA - REJUVENECIMIENTO VAGINAL

Esta cirugía tiene el propósito de disminuir el espacio del canal vaginal y devolverles a los músculos vaginales la tonicidad perdida por partos o por el envejecimiento, favoreciendo la fricción durante la penetración y posiblemente aumentar el placer de la mujer y de su compañero durante las relaciones sexuales. Pueden realizársela mujeres de cualquier edad. Cirugía: Dentro de la vagina se hacen dos incisiones, si la flacidez es poca, solamente se recorta y quita una franja longitudinal de tejido mucoso, y luego sutura para unir los bordes resultantes entre sí. Si la flacidez es mucha, se hace además un pliegue de los músculos que quedan expuestos a través de las mismas incisiones realizadas en la mucosa dando como resultado unos músculos con mayor tensión y capacidad de contención. Se recomienda el uso de anestesia epidural o general si el paciente lo desea. Dura entre una y dos horas aproximadamente. Después de unas horas usted podrá caminar sin ninguna molestia y si lo desea podrá continuar con su actividad sexual en las próximas 6 semanas. Hay poco dolor y se maneja muy bien con los analgésicos comunes. La hinchazón y los hematomas no suelen ser importantes. Las cicatrices quedan dentro de la vagina y con el tiempo pasan desapercibidas inclusive al tacto. Los puntos no se retiran ya que se utilizan hilos reabsorbibles.

La fecha ideal para realizar una cirugía en la zona genital es inmediatamente después de finalizada la menstruación del mes correspondiente, así cuando se produzca la siguiente menstruación, los tejidos ya se encontrarán bien cicatrizados. Si el sangrado menstrual se llegara a producir antes de la curación completa de las heridas, no sería una complicación grave, la operación podría realizarse, pero aumentaría el riesgo de sufrir infecciones, además de que le acusaría bastante molestia.

No existe problema alguno en relación a su actividad sexual habitual, así que podrá continuar con ella, hasta el día anterior a la operación y reanudar después de cuatro a seis semanas.

CONSENTIMIENTO:

He recibido y leído el precedente folleto informativo: **Consentimiento informado de la SPACPRE, para CIRUGÍA ESTÉTICA DE LAS PARTES ÍNTIMAS FEMENINAS**

Me ha sido explicado de forma comprensible y se me han dado las posibilidades de preguntar todo lo que quería saber para decidir libremente por la realización del procedimiento. Entendí los procedimientos alternativos y los riesgos y consecuencias del procedimiento o tratamiento elegido por mi propia voluntad.

Me facilitaron toda la literatura y fuentes de información requeridas además de este informe previo y se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito mas información.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos y medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de COMPLICACIONES inclusive con riesgo de vida. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los planeados. Autorizo al cirujano citado y a su equipo de profesionales a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable.

La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Entiendo que al tratarse de un procedimiento médico quirúrgico no se puede controlar totalmente el procedimiento ni la recuperación del paciente, y consiento ser transferido a cualquier hospital a elección y criterio del equipo médico si es que dicha transferencia la consideran necesaria.

Me haré cargo de todos los gastos económicos que requieran estas situaciones y tratamientos, así como de los gastos de las cirugías adicionales y asociadas tanto para la corrección de las complicaciones como de los resultados insatisfactorios.

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi nombre no será revelado en las imágenes que serán de propiedad del cirujano. Doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano con fines de avances en la educación médica.

He elegido libremente la anestesia a ser utilizada y la localización de las incisiones y drenajes.

Autorizo al cirujano que disponga a su criterio de los tejidos y materiales retirados de mi cuerpo para su estudio o desecho.

DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HABITOS QUE PODRIAN SUPONER

ALGUNA CONTRAINDICACION O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGIA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.

He leído con anterioridad este consentimiento y recibido una copia del mismo.

Autorizo y requiero al

Dr. _____

y su equipo de colaboradores a realizar en mí el siguiente procedimiento médico:

Todos los espacios han sido llenados previamente y todas las páginas llevan mi firma o media firma.

Paciente:

Doc. Id.:

Testigo:

Doc. Id:

Lugar y Fecha: