
DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA POR GINECOMASTIA

El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.



HOSPITAL

Dr/Dra.....

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

(etiqueta paciente)

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA POR GINECOMASTIA

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

INFORMACION GENERAL

La ginecomastia consiste en el desarrollo anormal de las mamas en los varones, con un volumen y tamaño elevados. En la pubertad, este aumento mamario es normal, debido a los cambios hormonales que ocurren en esas edades. Hay ocasiones en que estos cambios persisten, sin causa justificada, apareciendo entonces el típico cuadro de ginecomastia esencial, o sea, sin causa aparente, como suele ocurrir en la mayoría de los casos. En otras ocasiones, las menos, la ginecomastia puede tener su origen en la obesidad, en trastornos hormonales que sufra el paciente o en determinados tratamientos médicos. En todo caso, el aumento de las mamas no tiene relación con la virilidad del paciente, siendo ésta, en la inmensa mayoría de los casos, normal.

El tratamiento quirúrgico consiste en la realización de una mastectomía subcutánea (eliminación de la glándula mamaria). Se extirpa la glándula mamaria manteniendo intacta la piel que la recubre. Puede realizarse mediante una incisión en la parte inferior de la areola, pero, en ocasiones, es necesario ampliar las incisiones para eliminar la piel sobrante además de la glándula. Otras veces se complementa con la aspiración de la grasa circundante.

EFFECTOS Y BENEFICIOS

Con esta cirugía se pretende mejorar el aspecto del contorno torácico.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento alternativo consistiría en no llevar a cabo la intervención.

RIESGOS

Todo procedimiento quirúrgico implica un cierto riesgo. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, es importante que usted las conozca:

Las más frecuentes:

- Cicatrices visibles en todos los casos en el lugar que se realicen las incisiones. La mayor parte de



las cicatrices mejoran con el paso del tiempo pero no desaparecen en su totalidad. El aspecto de la cicatriz puede modificarse durante un espacio de tiempo de entre 15 y 18 meses tras la cirugía.

- Cambios en la sensibilidad de la areola-pezones. Esta pérdida de sensibilidad generalmente es transitoria, pero puede ser definitiva en uno o ambos lados.
- Tensión o firmeza excesiva en la mama.

- Socavamiento excesivo en el área intervenida que dé aspecto demasiado plano.

- Retraso en la cicatrización. Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o del pezón pueden no curar normalmente y tardar un tiempo en cicatrizar.

- Asimetría. Pueden producirse diferencias en la forma de la mama o el pezón, entre un lado y otro. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar la asimetría después de esta cirugía.

Las más infrecuentes:

- Hemorragia. Aunque infrecuente, si ocurre, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, además de una transfusión de sangre.

- Pérdida de piel o tejido del pezón. Los pacientes fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel o de complicaciones en la cicatrización.

- Infección. Si ocurre, puede requerir tratamiento antibiótico intravenoso, incremento del número de curas o cirugía adicional de forma excepcional.

- Otros. Resultado insatisfactorio en simetría, necrosis grasa, necrosis cutánea, reacciones alérgicas al material de sutura o de vendaje.

SITUACIONES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA

Las enfermedades mamarias o el cáncer de mama pueden aparecer en los varones, aunque son cuadros muy raros. No está relacionado con la cirugía de ginecomastia.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.



Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....
.....
.....

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

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 propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes 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.

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

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,



(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).