

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de la Ginecomastia

Introducción: La ginecomastia es el crecimiento anormal de la glándula mamaria en el hombre. Los hombres que han desarrollado una hipertrofia de sus mamas pueden experimentar una serie de problemas principalmente por causa estética. La cirugía de la ginecomastia se realiza habitualmente para mejorar el aspecto de las mamas. Los mejores candidatos son los hombres suficientemente maduros para comprender el procedimiento y tener expectativas realistas acerca del resultado. Existen varias técnicas quirúrgicas utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Existen tanto riesgos como complicaciones asociadas a las mismas.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Temporal o permanente.

Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor. Generalmente se soluciona por sí sólo de manera espontánea, con el paso del tiempo.

Firmeza: Excesiva, debido a cicatrización interna o necrosis grasa. La ocurrencia de este hecho no es predecible. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico.

Infección.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Lesión de Estructuras Profundas: Como vasos sanguíneos, músculos y nervios, temporal o permanente.

Asimetría.

Resultado Insatisfactorio.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Seroma (cúmulos de fluido).

Embolias: A nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: La cirugía de la ginecomastia es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento alternativo podría consistir en no llevar a cabo la intervención. En pacientes seleccionados se ha utilizado únicamente la liposucción para reducir el tamaño de las mamas. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Tratamiento Quirúrgico de la Ginecomastia _____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmando que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____