

Dr Diego Polanco Montalván

CIRUGÍA PLÁSTICA – ESTÉTICA - REPARADORA

Servicio de Cirugía Plástica

Col. N° 25783-4

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GINECOMASTIA

Nombre del paciente:.....

Nombre del médico que informa: Fecha:.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La ginecomastia es el aumento del tamaño de la mama masculina. El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del tejido desarrollado en exceso (mastectomía subcutánea). En los casos más severos es necesario también eliminar el exceso de piel que se ha desarrollado. A veces, además, es preciso corregir la posición del complejo areola-pezones. Habitualmente se deja un drenaje en cada mama que se suele retirar a las 24-48 horas. Es necesario realizar un vendaje compresivo en el tórax durante un tiempo variable que oscila entre 1 y 4 semanas.

Es consecuencia segura de esta operación la aparición de una cicatriz visible, de longitud variable, en la zona operada. Habitualmente esta cicatriz adquiere un aspecto fino y pálido con el paso de los meses, aunque en raras ocasiones puede permanecer enrojecida y abultada durante mucho tiempo, fenómeno que se conoce como cicatriz hipertrófica o queloide. El desarrollo de ésta cicatriz anormal no es posible predecirlo de antemano.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Complicaciones poco graves y frecuentes:

- Dolor en la cicatriz.
- Hematomas y seromas que pueden requerir incluso la evacuación quirúrgica.
- Separación de los bordes de la herida que puede condicionar una mala cicatrización.
- Pérdida de sensibilidad en la zona operada.

Complicaciones graves y poco frecuentes:

- Infección de la herida.
- Hemorragia que requiera reintervención.
- Deformidad y asimetría de la zona tratada.
- Pérdidas de piel y del complejo areola-pezones parciales o totales.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

ALTERNATIVAS. Una alternativa posible consisten en realizar una liposucción de la mama, sobre todo en pacientes en los que la ginecomastia se ha producido a expensas del tejido graso.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

1. Por la presente autorizo a la Dr POLANCO y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:.....

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al Dr. POLANCO 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 situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de

complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesiólogos, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Me ha sido explicado de forma comprensible y en detalle:
- a. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
 - b. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
 - c. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

5.-Soy consciente de que la práctica de la Cirugía, incluida la Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, no es una ciencia exacta y que por tanto, aunque cabe esperar que los resultados sean satisfactorios no me han sido dadas garantías respecto a los resultados ni a las posibles complicaciones.

6.-Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

7.-El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas o no de la cirugía. En caso de cirugía secundaria, los cargos relacionados con la clínica y anestesia corren por cuenta del paciente.

8.-Asimismo, designo como representante mío a D. y a D. para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

9.-Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

9. Asimismo, y con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico, autorizo la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo propietario el DR POLANCO de las fotografías, cintas de vídeo y soportes digitales.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En a de de 20....

**Firma del Paciente
(o representante legal)**

Firma del Cirujano Plástico

Fdo.: D./D^a.
(nombre y apellidos)

Fdo.: Dr./Dra.
(nombre y apellidos)

C.I.: