

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GINECOMASTIA DR. LUIS YESID MARTÍNEZ LAGUNA

Este documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudarle a su cirujano plástico a informarle sobre la ginecomastia, sus riesgos y sus tratamientos alternativos, tal como lo establece la ley “siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención”. Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor ponga las iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme si está usted de acuerdo, el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

### INFORMACIÓN GENERAL

Los hombres que han desarrollado una hipertrofia de sus mamas pueden experimentar una serie de problemas principalmente por causa estética. 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 diferentes utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Existen tantos riesgos como complicaciones asociadas a la ginecomastia.

### TRATAMIENTO ALTERNATIVO

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

### RIESGOS DE LA MAMOPLASTIA DE REDUCCION

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la ginecomastia. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial.

Aunque la mayoría de las pacientes no experimentan las siguientes comparaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la ginecomastia.

**Hemorragia:** Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

**Infección:** Es muy infrecuente tras este tipo de intervención, si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

**Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel:** Puede experimentar un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de alrededor, puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una ginecomastia en uno o ambos pezones.

**Cicatrices cutáneas:** Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de esta cicatriz es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos pueden requerir revisión quirúrgica u otros tratamientos.

**Resultado insatisfactorio:** Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de ginecomastia. Usted puede quedar insatisfecho con la calidad de las cicatrices, las adherencias a planos profundos, el tamaño y la forma de las mamas.

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

**Firmeza:** Una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras la cirugía debido a cicatrización interna o necrosis de grasa. La ocurrencia de este hecho no es predecible. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

consentimiento informado (pagina 1 de 4)

**Retraso de la cicatrización:** Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrazada algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tratar un tiempo largo en cicatrizar. Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.

### **Los fumadores tienen un riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización**

**Asimetría:** Cierta grado de asimetría pectoral o mamario ocurre de manera natural en algunos hombres, también pueden ocurrir diferencia en la forma de las mama o del pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la ginecomastia.

**Reacciones Alérgicas:** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de suturas o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son mas graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

**Anestesia:** Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de sedacion quirúrgica.

## **SEGURO DE SALUD**

La mayoría de las EPS, empresas prestadoras de salud excluyen la cobertura de operaciones de cirugía plástica estética, como la liposucción o de cualquier complicación que derive de ellas por lo que se sugiere adquirir la póliza de complicaciones en cirugía plástica

## **NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL**

Existe muchas variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influir en los resultados a largo plazo de la liposucción, aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados esta particularmente asociados con la liposucción. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones pero son todavía más infrecuentes. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Puede haber costos adicionales si se dan complicaciones derivadas de la Cirugía, los costos por cirugía secundaria, o revisión quirúrgica y tratamiento de complicaciones correrían a su cargo. La practica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

## **RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS**

El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, del anesthesiólogo, los costos del material quirúrgico y de anestesia, cargos de la clínica con estancia ambulatoria. Los cargos por cirugías secundarias o complicaciones serán asumidos en su totalidad por la paciente.

## **RENUNCIA**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamientos o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, Basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado de conocimiento del medico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado medico. Este será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y esta sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO SIGUIENTE.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ consentimiento informado (pagina de 2 de 4)

## **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

1. Por la presente Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad con cc \_\_\_\_\_ autorizo al Dr. Luis Yesid Martínez Laguna y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento GINECOMASTIA en INTERPLASTICA IPS de Neiva.

2. He leído comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: “consentimiento informado para ginecomastia”.

3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente, los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4. 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. Por la presente autorizo al cirujano citado 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.

5. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces la muerte.

6. COMPRENDO que el fin de la intervención que he solicitado es MEJORAR LA APARIENCIA, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda ser el no esperado por mí. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. RECONOZCO QUE NO SE ME HA DADO EN ABSOLUTO TAL GARANTÍA.

7. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes. También autorizo la grabación de la cita para firma de consentimiento

8. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

### 9. LOCALIZACIÓN DE CICATRICES



1. Incisión en surco submamario
2. Incisión periareolar inferior

Firma del paciente \_\_\_\_\_ consentimiento informado (pagina de 3 de 4)

**Firme el siguiente consentimiento:**

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS (1- 9) excepto el punto numero\_\_\_\_\_ SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHA CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.

Fecha\_\_\_\_\_

Paciente o persona autorizada\_\_\_\_\_

Testigo\_\_\_\_\_Medico\_\_\_\_\_