

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE GINECOMASTIA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

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. En otras ocasiones, la ginecomastia puede tener su origen en la obesidad, en trastornos hormonales que sufra el paciente o en determinados tratamientos médicos.

El procedimiento 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. Otras veces se complementa con la aspiración de la grasa circundante.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**Los pacientes fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel o de complicaciones en la cicatrización.**

La finalidad del procedimiento es mejorar el aspecto del contorno torácico.

No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Extirpación del 80-90% del tejido mamario.
- Pérdida de la sensibilidad del pezón.
- Cicatrices visibles.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Tensión o firmeza excesiva en la mama.
- Socavamiento excesivo en el área intervenida que dé aspecto demasiado plano.
- Asimetría. Pueden producirse diferencias en la forma de la mama o el pezón, entre un lado y otro.
- Pérdida de piel o tejido del pezón.
- Necrosis grasa.
- Necrosis cutánea.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una

transfusión de sangre o sus derivados.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Intolerancia a los materiales utilizados.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE GINECOMASTIA"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

LOGOTIPO ÁREA DE SALUD

*Servicio de Obstetricia y  
Ginecología*

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: