

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El complejo areola-pezón es la parte anatómica que da identidad a la mama y por lo tanto debe ser reconstruido una vez que se haya logrado un buen volumen mamario mediante alguna de las técnicas de reconstrucción.

La operación consiste en la colocación de un injerto de piel que reconstruirá el complejo areola pezón de la mama, con el fin de conseguir la simetría con la mama del otro lado.

El injerto de piel puede ser obtenido de la areola contralateral, de la cara interna del muslo o de cualquier otra zona que el cirujano considere adecuada.

Para conseguir la simetría mamaria podría ser necesaria una nueva intervención quirúrgica.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.

La finalidad es la reconstrucción del complejo areola-pezón de la mama una vez finalizada la reconstrucción de la misma.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatriz en la región mamaria y la zona donante del injerto.

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:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica o de la herida de la zona donante.
- Asimetría mamaria.
- Cicatrización anómala o dolorosa.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor en la zona de la operación.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Diferente color de la piel del injerto respecto al complejo areola pezón de la otra mama.

Riesgos menos frecuente y más graves:

- Necrosis (muerte de la piel) del complejo areola pezón reconstruido, con la consecuente pérdida de resultado estético.
- Pérdida total o parcial del pezón reconstruido, necesitando curas locales y en algunos casos cirugía adicional.
- Hemorragia.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay 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

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tatuaje del complejo areola pezón.
- Prótesis de pezón artificiales.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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 _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



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

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Obstetricia
y Ginecología*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: