

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La reconstrucción del complejo areola-pezones es un procedimiento quirúrgico que se realiza para simular la presencia de la areola y el pezón después de su pérdida, generalmente por causas oncológicas. Este proceso se lleva a cabo una vez que se ha logrado un buen volumen mamario mediante alguna de las técnicas de reconstrucción mamaria.

El procedimiento consiste en la colocación de un injerto o colgajo de piel que reconstruirá el complejo areola-pezones. El objetivo principal es lograr la simetría con la mama contralateral. El injerto de piel puede provenir de diversas áreas, como la areola de la otra mama, la cara interna del muslo, o de cualquier otra zona que el cirujano considere adecuada.

En algunos casos, podría ser necesaria una nueva intervención quirúrgica para mejorar la simetría mamaria. Este tipo de procedimientos se realizan bajo anestesia local y generalmente no requieren hospitalización.

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

Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.

La finalidad de esta intervención es la reconstrucción estética del complejo areola-pezones de la mama. Es un procedimiento electivo, puramente psicológico/estético. No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatriz residual en la región mamaria y la zona donante del injerto.
- La lactancia no es posible, dado que una areola/pezón reconstruidos no tienen conductos galactóforos.

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:

- Complicaciones en la zona donante: cicatrización excesiva, dolor, infección, etc.
- Pérdida del injerto: el tejido injertado puede necrosarse (perderse) parcial o totalmente.
- Asimetría: los dos complejos areola-pezones pueden no resultar simétricos tanto en localización como en tamaño o coloración.
- Pérdida de color: tanto si se tatúa la areola como si se injerta, es posible la pérdida total o parcial (global o parcheada) del color de la piel tratada.
- Aplanamiento del pezón reconstruido con el paso del tiempo.
- Necrosis: insuficiente circulación sanguínea que pueden llevar a la pérdida total o parcial de la areola y el pezón. Infección de la herida quirúrgica o de la zona donante con diferente gravedad.

- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).
- 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.

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

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



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*

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

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: