

**Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido**

**Instrucciones:**

Este es un documento de Consentimiento Informado que ha sido preparado para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la Reducción de Areola, de Pezón y Exteriorización del mismo Invertido, sus riesgos y los tratamientos alternativos. 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, coloque sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.**

**Información General:** Las mujeres que poseen unas areolas o unos pezones demasiado grandes pueden desear su reducción para mejorar el aspecto de las mamas. Asimismo, la exteriorización de unos pezones enterrados o invertidos permite mejorar el aspecto de las mamas, haciéndolas más proporcionadas. Las mejores candidatas son las mujeres suficientemente maduras para comprender el procedimiento y tener expectativas realistas acerca del resultado. Existen varias técnicas quirúrgicas diferentes utilizadas para reducir y dar forma a las areolas. Existen tanto riesgos como complicaciones asociadas a la reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

**Tratamiento Alternativo:** La reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos son intervenciones quirúrgicas electivas. El tratamiento alternativo podría consistir en no llevar a cabo la intervención.

**Riesgos de la Reducción Areola-Pezón y de Pezón Invertido:** Cualquier procedimiento quirúrgico entraña cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted deberá discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos.

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

**Infección:** La infección es muy infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

**Cambios en la Sensibilidad del pezón y la piel:** Puede experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de alrededor. La recuperación de la sensibilidad puede variar de paciente a paciente.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

**Resultado Insatisfactorio:** Debido a la aparición de una o más complicaciones que se refieren en este consentimiento, existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos. Usted puede quedar insatisfecha con el tamaño y la forma de las areolas o de los pezones.

**Dolor:** La cicatrización anormal en la piel o en los tejidos profundos de la mama puede producir dolor.

**Intolerancia al material de Sutura:** En la reducción de areola, para mantener permanentemente el menor diámetro de la nueva areola, en ocasiones, debe colocarse una sutura interna de material no absorbible tipo Goretex o Nylon, que puede ser perceptible al tacto y la palpación profunda, o incluso puede exteriorizarse a través de la piel, y puede requerir ser colocada de nuevo.

**Firmeza:** Una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras la cirugía debido a cicatrización interna o necrosis grasa. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

**Retraso en la Cicatrización:** Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tardar 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 mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.**

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

**Asimetría:** Cierta grado de asimetría mamaria ocurre de forma natural en la mayoría de las mujeres. También pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos.

**Enfermedad de la mama:** La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen autoexámenes periódicamente, se sometan a mamografía de acuerdo con las pautas habituales y consulten a su médico si descubren un bulto en la mama.

**Embarazo y Lactancia:** Aunque muchas mujeres son capaces de dar lactancia después de una reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos, generalmente esto no es predecible. Si usted planea dar lactancia después de una reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de operarse.

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

**Selección del Paciente:** Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos, obesidad, o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una Intervención de este tipo.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

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

**Necesidad de Cirugía Adicional:** Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la Reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la Reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y 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, el costo del material quirúrgico, anestesia, cargos de hospital, etc., dependiendo de dónde se realice la cirugía. Puede haber costos adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

**Renuncia:** Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado 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 que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre todos los métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso en particular y en el estado del conocimiento médico. Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual y está 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 QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.**

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

**Consentimiento para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido**

1- Por la presente autorizo al Dr. Boris Segal y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Reducción de Areola, y/o Reducción de Pezón y/o Exteriorización de Pezón Invertido \_\_\_\_\_.

2- He leído, comprendido y firmado las páginas del "Consentimiento Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido".

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 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 muerte.

6- Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que pueda ser obtenido.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Reducción de Areola, Reducción de Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido

7- Doy el consentimiento para el fotografiado y/o 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.

8- Me ha sido explicado de forma comprensible:

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.

9- Localización de las cicatrices.

**Firme en el siguiente consentimiento:**

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-9), excepto el punto número: \_\_\_\_ SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada:

\_\_\_\_\_

Nombre, apellidos y firma

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre, apellidos y firma



**Normas de Ingreso Quirúrgico**

Las siguientes indicaciones son muy importantes para su tratamiento; lea completamente la hoja y coloque su firma.

**Antes de la Intervención:**

En los días previos a la intervención:

- 1- Recuerde NO TOMAR ningún medicamento, sin consultar a su cirujano, incluidos los utilizados para dolores o catarros y los que lleven ASPIRINA.
- 2-Notifíquenos cualquier cambio de salud (resfriados, infecciones).
- 3-Adviértanos si toma o ha tomado alguna medicación para regular la presión arterial o la coagulación de la sangre, para el corazón, para tratar la diabetes, reuma, nervios, depresión, enfermedades mentales o cualquier infusión o "hierbas", complejos vitamínicos o drogas.
- 4-NO DEBERÍA FUMAR durante las dos semanas previas a la intervención y las dos semanas posteriores, como mínimo.

**El Día Anterior al Ingreso:**

- 1-Coma alimentos ligeros y evite bebidas alcohólicas.
- 2-Extremar la higiene (baño completo y esmerado) contribuye a prevenir las infecciones postoperatorias.
- 3- No tome nada por boca, ni líquidos (Ayuno Total) desde 8 horas antes de la intervención.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

### **El Día del Ingreso:**

Debe dirigirse a Admisión (Ingresos) situado en..... el día:  
.....a las.....horas.

1- Con ropa funcional.

2-En su habitación: Deberá vestirse con la prenda de Block quirúrgico que le facilitarán, sin ropa interior y deberá quitarse todos los objetos metálicos (Reloj, anillos, pendientes, pulseras, piercing, etc.), así como las piezas dentales móviles.

3-Deberá retirarse el maquillaje o esmalte de uñas.

### **Durante la Internación:**

Normas Postoperatorias:

1- Después de la intervención usted tendrá la boca un poco seca, pueden humedecerse los labios, pero no puede beber agua hasta pasadas unas horas. Consulte con las enfermeras cualquier duda que pueda tener.

2- Es obligatoria la presencia de un/a acompañante durante todo el período de ingreso postoperatorio hasta el Alta.

3- Puede levantarse tan pronto como se lo permita, PERO CON AYUDA. No intente levantarse si se encuentra solo/a en la habitación, ya que podría sufrir un desvanecimiento.

4-No es extraño tener temperatura axilar hasta 38°C, si aumenta debe ser comunicado.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

**Cuidados Postoperatorios:**

1-Antes de ser dado de alta, se le indicará el tratamiento que debe seguir en su domicilio y el día que debe acudir a la consulta, para efectuar los controles necesarios (llamar para confirmar la hora).

2-Puede ducharse a partir del segundo día, evitando friccionarse en las áreas intervenidas y al finalizar, deberá secarse con secador frío sobre las incisiones para mantenerlas secas.

3- Deben de ser evitados los esfuerzos y las actividades deportivas por un período de tres a seis semanas aproximadamente.

4- En ningún caso deberá tomar sol o los rayos UVA sobre las incisiones.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

Dr. Boris Segal