

**CONSENTIMIENTO INFORMADO para**  
**REDUCCIÓN de AREOLA, REDUCCIÓN de PEZÓN y EXTERIORIZACIÓN de PEZÓN INVERTIDO**  
**Dr. Joaquim Suñol**

**INSTRUCCIONES**

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley General de Sanidad publicada en el BOE del 29-4-86 - nº 102, aptdo. 6 del artículo 10, que dice textualmente: "... siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización del cualquier intervención .. " Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga 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 sus mamas. Asimismo, la exteriorización de unos pezones enterrados o invertidos permite mejorar el aspecto de las mamas, haciéndolas mas 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.

**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 PEZÓN INVERTIDO**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un 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 las pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería 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 durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.

**Infección:** La 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 experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de las mamas. La recuperación de la sensibilidad puede variar de paciente a paciente.

**Cicatrices cutáneas:** Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos. En la reducción de areola o de pezón y en la exteriorización de los pezones invertidos, las incisiones son mínimas y suelen resultar totalmente inaparentes. En la reducción de areola, pueden aparecer pliegues y arrugas en el perímetro o margen exterior de la cicatriz, que se atenúan con el paso del tiempo.

**Resultado insatisfactorio:** Debido a la aparición de una o mas 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. La ocurrencia de este hecho no es predecible. 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 riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización.**

Firma Paciente: \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado para Reducción de Areola o de Pezón o la Exteriorización de los Pezones Invertidos. (Página 1 de 3)

**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 de reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen auto examen periódicamente, se sometan a mamografía de acuerdo con las pautas de la Sociedad Americana de Cáncer, y consulten a su médico si descubren un bulto en la mama.

**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 someterse a la intervención.

**Reacciones alérgicas.** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más 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 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 coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste del material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, banco de sangre y cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes 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.

### **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 otros métodos de tratamiento 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 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 DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE:**

Firma Paciente: \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado para Reducción de Areola o de Pezón o la Exteriorización de los Pezones Invertidos. (Página 2 de 3)

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

1. Por la presente autorizo al Dr. Joaquim Suñol y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:  Reducción de areola.....  
 Reducción de pezón.....  
 Exteriorización de los pezones invertidos .....
- 2.- He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "Consentimiento informado para reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos".
- 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 muerte.
6. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
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.
8. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
9. 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
10. LOCALIZACIÓN DE LAS CICATRICES:

### **Firme en el siguiente consentimiento:**

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-10), excepto el punto número: .....

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHA CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN

Paciente o persona autorizada:.....  
*Nombre, apellidos y firma.*

Fecha:..... Testigo:.....  
*Nombre, apellidos y firma.*

Consentimiento elaborado según las bases de la  
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)  
Versión 2007 – [www.dr.sunol.com](http://www.dr.sunol.com)

Firma Paciente:.....  
Consentimiento Informado para Reducción de Areola o de Pezón o la Exteriorización de los Pezones Invertidos. (Página 3 de 3)