

Consentimiento informado reconstrucción complejo areola pezón tras mastectomía

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

¿Qué le vamos hacer?

1. Descripción del procedimiento

En que consiste: La reconstrucción de la mama y de su complejo areola pezón tras una *mastectomía* (extirpación quirúrgica de la mama por un tumor) es un procedimiento quirúrgico incluido en el tratamiento del cáncer de mama, que ayuda a una mayor reinserción social y familiar de las mujeres. El desarrollo de nuevas técnicas y materiales médicos posibilitan al cirujano plástico crear una estructura similar en forma, textura y características a la mama no operada.

Cómo se realiza: Existen diversos tipos de operación para reconstruir el complejo areola pezón. En su caso, el equipo médico que la atiende valorará y comentará con usted la técnica más adecuada para sus características personales. Para reconstrucción del pezón existen diversas técnicas, cuyo principal inconveniente es la pérdida de proyección o resalte del mismo una vez transcurrido el tiempo. La viabilidad de los colgajos puede verse comprometida por la existencia de radioterapia así como en mamas con múltiples cicatrices derivadas de sucesivas cirugías que comprometan su riego y condicionen una necrosis parcial o total. La reconstrucción de la areola puede realizarse mediante autoinjerto de piel pigmentada (ingle, areola contralateral) o tatuaje que intente imitar el color de la areola contralateral en la zona considerada futura areola. Puede realizarse bajo anestesia local.

Cuánto dura: Un periodo de tiempo de menos de una hora en función de los hallazgos intraoperatorios y de los requerimientos técnicos precisos, sin estancia hospitalaria, de forma ambulatoria.

2. Qué objetivo persigue: El objetivo de la reconstrucción postmastectomía y de su complejo areola-pezón es recrear una estructura similar a la mama, de aspecto natural y eliminar la necesidad de llevar prótesis de relleno, posibilitando llevar prendas de vestir que no serían posibles sin reconstrucción (bañadores, escotes, etc.), rellenar el hueco que queda en el tórax, restaurar la imagen corporal, mejorar la calidad de vida y proporcionar satisfacción a la paciente.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

Prácticamente toda mujer que ha sido mastectomizada puede someterse a una reconstrucción mamaria y de su complejo areola-pezón. No obstante pueden existir ciertos riesgos que deben ser conocidos antes de someterse a esta intervención. Estos riesgos serían los propios de cualquier cirugía: Infección de la herida quirúrgica, acúmulo de líquido (seroma), hemorragia, dolor en la zona operatoria, acúmulo interno de sangre (hematoma), falta de irrigación sanguínea (isquemia), muerte del tejido cutáneo y grasa (necrosis) y pérdida parcial o total del injerto. Así mismo, las mujeres fumadoras deben saber, que el tabaco puede ocasionar problemas de cicatrización y tener un periodo de recuperación más prolongado. El aspecto de las cicatrices postquirúrgicas es variable, dependiendo de la forma de cicatrizar propia de cada paciente (aunque en general son muy satisfactorias), eventualmente podrían aparecer cicatrices patológicas (queloides o cicatrices hipertróficas).

El Servicio de Anestesia le informará de la técnica que se empleará en su caso y de los riesgos asociados a la técnica anestésica.

Debe quedar claro que la reconstrucción del complejo areola-pezón no tiene efecto en la recurrencia de la enfermedad de la mama, ni interfiere con el tratamiento de quimioterapia o radioterapia, aunque la enfermedad reaparezca. Tampoco interfiere con los estudios posteriores que puedan ser necesarios en las revisiones.

Algunos de estos riesgos son más frecuentes en determinadas condiciones del paciente, por lo que usted debe exponer todos los datos de su historial médico y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales (por ejemplo ser fumador, etc.).

En el curso de la operación pueden surgir condiciones no previstas, que hagan necesario un cambio en lo planeado, siendo necesarios otros tratamientos o la realización de procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. Para su realización puede ser necesaria la ayuda de otros especialistas. El cirujano le dará las instrucciones que debe seguir antes, durante y después de la operación; así mismo, si su cirujano lo cree preciso, la intervención puede retrasarse o suspenderse.

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Para mayoría de los pacientes mastectomizadas, la reconstrucción mamaria y de su complejo areola-pezones supone una mejoría de imagen absoluta, proporcionando además un equilibrio psicológico que en muchas ocasiones se había perdido, volviendo a verse un cuerpo completo.

¿Qué otras alternativas hay?

No ser intervenida. Utilización de soportes externos.

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____