

**secpre**

Sociedad Española de Cirugía  
Plástica Reparadora y Estética



---

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RECONSTRUCCIÓN AREOLA-PEZÓN**

---

*El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.*

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RECONSTRUCCIÓN  
AREOLA-PEZÓN**

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

**INFORMACIÓN GENERAL**

La reconstrucción areola-pezón es un procedimiento quirúrgico destinado a simular la existencia de la areola y el pezón tras la pérdida de los mismos (habitualmente por causas oncológicas).

Existen diversos modos de reconstruir tanto la areola como el pezón. Para ello puede ser necesaria la realización de injertos, colgajos o tatuajes. En el caso del pezón, puede utilizarse piel de la mama reconstruida, un fragmento del otro pezón, piel del codo u otra localización. Para reconstruir la areola, puede ser necesario tomar un injerto de piel de la ingle u otras partes del cuerpo o bien realizar un tatuaje. Estos procedimientos suelen realizarse bajo anestesia local, sin requerir hospitalización.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Dado que una areola/pezón reconstruidos no tienen conductos galactóforos, la lactancia no es posible. El motivo de la reconstrucción es un procedimiento electivo, puramente psicológico/estético, por lo que la alternativa es no reconstruirlo.

**RIESGOS**

Todo procedimiento quirúrgico implica un cierto riesgo. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, es importante que usted las conozca:

- Infección. Es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.
- Cicatrización cutánea. La cicatrización en exceso es infrecuente. En casos raros pueden producirse cicatrices anormales, rojas y gruesas (cicatrices hipertróficas o queloides). Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.
- Complicaciones en la zona donante. Cuando es necesario tomar injertos de otras zonas, pueden ocurrir complicaciones en la zona donante, como, por ejemplo, cicatrización excesiva, dolor, infección, etc.

- Sangrado. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía.
- Pérdida del injerto. El tejido injertado puede necrosarse (perderse) parcial o totalmente. En este caso puede ser necesaria cirugía adicional.
- Reacciones alérgicas. En casos raros se han observado alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante la cirugía o por medicinas de prescripción. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Asimetría. Los dos complejos areola-pezón 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. Es frecuente que el pezón reconstruido se aplane con el paso del tiempo.
- Necrosis. Es posible la pérdida total o parcial de la areola y el pezón. En tal caso pueden ser necesarias curas y/o cirugía adicionales.

Debe usted advertir de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia o duda que pueda tener.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinaria para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....  
 .....  
 .....

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

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. Autorizo a los cirujanos citados 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.

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

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre: .....

D.N.I.: .....

En calidad de ....., autorizo la realización del procedimiento mencionado.

*Firma del representante legal o del paciente,*

*Firma del médico,*

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

### **DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo: .....

*Firma del paciente,*

*Firma de testigo,*

*Firma del médico,*

## **IMÁGENES EXPLICATIVAS**

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).