

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

Introducción: 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. Las mejores candidatas son las mujeres suficientemente maduras para comprender el procedimiento y tener expectativas realistas acerca del resultado. Existen varias técnicas quirúrgicas 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.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una cirugía de ginecomastia en uno o en ambos pezones.

Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor. Generalmente se soluciona por sí sólo de manera espontánea, con el paso del tiempo.

Firmeza: Excesiva, puede ocurrir tras la cirugía debido a cicatrización interna o necrosis grasa. No es predecible. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico.

Infección.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Asimetría.

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 Nylon, que puede ser perceptible al tacto y a la palpación profunda, o incluso puede exteriorizarse a través de la piel, y puede requerir ser colocada de nuevo.

Enfermedad de la mama: La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía. **Embarazo y Lactancia:** Aunque muchas mujeres son capaces de amamantar después de una reducción de areola o de pezón y la exteriorización de los pezones invertidos, generalmente esto no es predecible. Si usted planea amamantar después de una reducción de areola o de pezón y de la exteriorización de los pezones invertidos, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de operarse.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Embolias: A nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: 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.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Reducción Areola y Pezón y Exteriorización de Pezón Invertido _____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmando que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____