

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GALACTOFORECTOMÍA / FISTULECTOMÍA MAMARIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La galactoforitis es una inflamación, más o menos extensa, de parte del sistema de conductos del tejido mamario, asociado o no a una fístula y con posibilidad de presentar infecciones de repetición.

Una fístula retroareolar es un orificio anormal que va desde el conducto mamario hasta el pezón, suele estar provocada por una infección de los conductos mamarios (mastitis) o por un acúmulo de pus en la mama (absceso). Si la infección es grave, puede que el pezón se introduzca hacia dentro de la mama.

El procedimiento consiste en quitar todo el tejido inflamatorio y que pueda estar en contacto con la fístula, para evitar que se reproduzca. Se intentará reconstruir la areola y el pezón para recuperar el aspecto más natural posible, pudiendo quedar deformidades en ambos.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionar el tratamiento más adecuado.

Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.

La finalidad de la técnica es eliminar la zona de galactoforitis (inflamación) y/o de la fístula para evitar que se formen más mastitis y abscesos retroareolares, evitar o reducir la producción de derrame por el pezón y realizar el estudio anatomopatológico.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Defecto o debilidad de la zona operada.
- Alteración en la anatomía de la mama.
- Dificultad para la lactancia.
- Infección de la herida quirúrgica con diferente gravedad.
- Seroma (colección de líquido en la herida).
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

Riesgos menos frecuentes y/o graves:

- Reparación de la lesión.
- Necrosis (muerte) de la piel y de la zona areola-pezones.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "GALACTOFORECTOMÍA / FISTULECTOMÍA MAMARIA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada y, en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

LOGOTIPO ÁREA DE SALUD

*Servicio de Obstetricia y
Ginecología*

Fdo. Paciente: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de
--	---

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: