

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La hidradenitis supurativa es una enfermedad crónica de la piel que produce bultos dolorosos, infecciones repetidas y cicatrices, sobre todo en las axilas, ingles, zona perianal o debajo de las mamas.

La cirugía se plantea cuando los tratamientos médicos no son suficientes para controlar los síntomas.

Según la zona afectada y la gravedad, se pueden utilizar diferentes técnicas:

- Destechamiento o “deroofing”: es una técnica mínimamente invasiva que se usa en lesiones localizadas. Consiste en abrir la parte superior de los túneles inflamatorios (fístulas o abscesos) para permitir que drenen y cicatricen desde dentro. Conserva la piel sana y, por lo general, se realiza con anestesia local.
- Extirpación amplia de las lesiones: se elimina toda la piel y el tejido enfermo en casos más graves. La herida puede cerrarse directamente o usando injertos o colgajos, según su tamaño.
- Colocación de vessel loops: se introducen unas cintas especiales en los trayectos inflamados para mantenerlos abiertos y facilitar el drenaje. Puede realizarse en consulta o en quirófano.

La cirugía puede hacerse con anestesia local, raquídea o general, dependiendo de la extensión y la localización de las lesiones.

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

La finalidad es reducir los brotes, el dolor, el mal olor y la supuración, mejorando así la calidad de vida.

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:

- Infección de la herida.
- Seroma (acúmulo de líquido en la herida).
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Necrosis parcial o total del injerto o colgajo debido a problemas de vascularización, infección o hematoma.
- Cicatrices anormales. Si la operación se hace en zonas cercanas a articulaciones (como axilas o ingles), estas cicatrices pueden causar tirantez.
- Sangrado leve que en casos extremadamente raros puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesión de estructuras profundas, tales como nervios, vasos sanguíneos, etc.

- Reparación de la enfermedad o extensión a otras zonas donde no se ha realizado la cirugía.

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

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por sus circunstancias especiales: (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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamientos médicos.
- Terapias biológicas.
- Depilación láser médica.
- Cambios en el estilo de vida (pérdida de peso, consumo de tabaco, etc.).

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA"

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./Dª. 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

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



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Dermatología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____ revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: