

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VARICOCELECTOMÍA MEDIANTE CIRUGÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El varicocele es una dilatación de las venas (varices) que salen del testículo, apreciándose por encima del mismo una inflamación no dolorosa, que puede aumentar con los esfuerzos o disminuir al acostarse.

La intervención consiste en localizar, ligar y seccionar las varices que drenan el testículo.

Esta técnica se puede realizar mediante cirugía abierta o laparoscopia.

En la cirugía abierta, la operación se hace con anestesia regional, practicando una incisión a nivel inguinal, más o menos alta.

Por la vía laparoscópica se hace a través de unos pequeños orificios por los que se introducen una pequeña cámara y los instrumentos de corte y coagulación, también se introduce gas en la cavidad para expandir el abdomen. Esta técnica conlleva un menor dolor en el postoperatorio, una disminución de las complicaciones relacionadas con la herida, menor tiempo de hospitalización y mejor recuperación de la actividad diaria.

La elección de una u otra técnica depende de la naturaleza de la enfermedad, de la anatomía del paciente y de la presencia de patologías previas.

Es posible que una vez iniciada la laparoscopia, tenga que pasar a ser una cirugía abierta si las condiciones así lo requieren.

La finalidad de la técnica es eliminar las varices, las molestias y complicaciones que puedan ocasionar, y a veces se realiza para mejorar la fertilidad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

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:

- Que no mejore la fertilidad y por tanto las posibilidades de concebir.
- Persistencia de las molestias y de las dilataciones varicosas en el escroto.
- Formación de un hidrocele (acumulación de líquido en el escroto).
- Formación de un hematoma escrotal.
- Atrofia del testículo (disminución del volumen o tamaño).
- Aparición de una hernia inguinal.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.

- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

Riesgos de la cirugía laparoscópica:

Frecuentes:

- Enfisema (acúmulo del gas usado en la técnica debajo de la piel).
- Dolor en el hombro.

Menos frecuentes y graves:

- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

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 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

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Embolización (ocluir la vena gonadal).
- Escleroterapia (consiste en inyectar una sustancia dentro de la vena para cerrarla).



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

AUTORIZACIÓN PARA “VARICOCELECTOMÍA MEDIANTE CIRUGÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA”

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

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

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: