

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORQUIDOPEXIA CON O SIN FUNICULOLIS

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La Orquidopexia consiste en localizar el testículo y fijarlo a la bolsa escrotal y se realiza en los casos en los que el testículo no desciende a la misma, quedándose en el canal inguinal o dentro del abdomen (criptorquidia), o bien el testículo está muy laxo (móvil) y es preciso fijarlo para evitar rotación.

La Funiculolisis es la intervención de la Criptorquidia y consiste en una vez localizado el testículo, descenderlo.

El testículo que permanece fuera de su lugar habitual (la bolsa escrotal) durante años, sufre procesos de atrofia o de degeneración maligna, por lo que en algunos casos es necesario extirparlo (orquiectomía). En ocasiones, esta decisión solo se puede tomar durante la operación.

La finalidad de la técnica es colocar el testículo en el interior de la bolsa escrotal, suturarlo para evitar que vuelva a ascender y reparar a su vez la hernia inguinal que suele acompañar al testículo no descendido. También evita la posible malignización del testículo y mejora 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:

- No conseguir el descenso del testículo.
- Aparición de una hernia inguinal.
- Necesidad de realizar orquiectomía (extirpación del testículo).
- Lesión de los vasos espermáticos.
- Atrofia testicular.
- 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.
- Cicatriz anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

### 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:

- Orquiectomía.
- Descenso en dos tiempos.
- Autotrasplante testicular.

### AUTORIZACIÓN PARA "ORQUIDOPEXIA CON O SIN FUNICULOLIS"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

### Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: