

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORQUIECTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención consiste en la extirpación del testículo de forma total, parcial o subalbugínea (extirpar la parte funcional del testículo).

La orquiectomía total está indicada en los tumores, infecciones que destruyen el testículo, y en casos de atrofia testicular. En este caso, también se extirpa el epidídimo y parte del cordón testicular. La cirugía se hace a través de una incisión en la zona de la ingle del lado a extirpar. Tras la intervención es posible colocar una prótesis.

La orquiectomía parcial se hace por lo general en pacientes con un único testículo (monórquidos) y consiste en extirpar la parte enferma del testículo para conservar el resto del tejido funcional.

La orquiectomía subalbugínea consiste en extirpar, a través de una incisión en la piel del escroto, tan solo la parte funcional de los testículos conservando el resto de estructuras. Esta técnica está indicada en los casos en los que es necesaria una disminución en los niveles de la testosterona (hormona masculina) en sangre, como en el carcinoma de próstata, para un mejor control del mismo. En este caso la operación se realiza en ambos testículos.

La técnica se realiza con anestesia raquídea, pero puede ser necesario utilizar anestesia regional, general o local.

La finalidad es eliminar el testículo que está enfermo y/o que remitan los síntomas y en los casos que proceda, eliminar o disminuir la producción de testosterona.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- En la extirpación total, pérdida de un testículo.
- En la extirpación bilateral, pérdida de los dos testículos, lo cual produce infertilidad.
- También tendrá falta de hormona masculina, los síntomas son: sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de la masa muscular y la ósea.

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 la extirpación del testículo o que persistan los síntomas.
- Hernia inguinal secundaria.
- Inflamación o infección de los elementos no extirpados.
- Dolor crónico en el escroto.
- En caso de colocar prótesis, la posibilidad de rechazo y/o infección.
- Problemas de fertilidad en la extirpación total (de un solo testículo).
- 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.

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 hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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. Otra alternativa a la técnica es:

- Extirpación por laparoscopia.

AUTORIZACIÓN PARA “ORQUIECTOMÍA”

Yo, D./Dª _____, 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.ª _____, 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:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

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: