

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORQUIDECTOMÍA

1. Identificación y descripción del procedimiento.

La orquidectomía consiste en la extirpación total o parcial del testículo. Si la orquidectomía es total (orquidectomía simple), también se extirpará el epidídimo y el cordón espermático. En otras ocasiones la orquidectomía es parcial, extirpando únicamente parte funcional, dejando el resto de las estructuras.

La orquidectomía radical está indicada en procesos tumorales y se hace a través de una incisión en la región inguinal del lado afectado. La orquidectomía simple se realiza en procesos infecciosos que destruyen el testículo y en casos de atrofia testicular, pudiéndose colocar posteriormente una prótesis. Esta se hace a través de una incisión escrotal.

La incisión para la orquidectomía subalbugínea se realiza en la piel escrotal. se indica en procesos en los cuales se interesa provocar una disminución de los niveles de testosterona en sangre, como es en el carcinoma de la próstata. En este caso, la intervención se realizará en ambos testículos. Estos procedimientos se pueden realizar bajo anestesia local, regional o general.

2. Objetivo del procedimiento.

- Eliminación del testículo enfermo
- Desaparición de los síntomas derivados del testículo enfermo.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Tratamiento hormonal o tratamiento médicos.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Las ya descritas en el primer y segundo apartado

5. Consecuencias previsibles de su NO REALIZACION:

En su situación actual, su urólogo tratante considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es el último término libre de aceptarla o no.

En caso de NO aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6. Riesgos:

De dicha intervención es posible pero NO frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones.

- No conseguir la extirpación de testículo
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia son diversas dependiente del tratamiento que se necesite, oscilando desde una gravedad mínima hasta la muerte, como consecuencia directa del sangrado.
- Hernia inguinal secundaria.
- Inflamación o infección de los elementos no extirpados.
- Problemas y complicaciones de la herida quirúrgica:
 - Infección en sus diferentes grados de gravedad.
 - Dehiscencia de la sutura (apertura de la herida), que puede necesitar una intervención secundaria.
 - Fístulas temporales o permanentes.
 - Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales.
 - Intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.
 - Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad)
 - Riesgos anestésicos que serán informados por el servicio de anestesia.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente.

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico es mayor.

Declaración de consentimiento

El señor/ la señora..... de años de edad,
con domicilio en y con identificación..... número.....
El señor/ la señora de años de edad,
con domicilio en y con identificación..... número.....
en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente).....

Declaro:

Que el Doctor/a: Urólogo de la Unidad de Urología del
_____ me ha explicado que es
conveniente/necesario, en mi situación actual la realización de
.....
.....y que he comprendido
adecuadamente la información que me ha dado.

Firmado en la ciudad de Bogotá a los Días del mes de..... Del año 2...

Paciente..... CC:.....

Doctor CC:.....

Revocación del Consentimiento:

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... De De 2..... y no deseo
proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

Ena.....de.....de 2.....

Firma el médico..... Registro médico.....

Firma el Paciente:..... CC: