

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orquiectomía

FL-CDM-118

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del testículo enfermo, la desaparición de los síntomas derivados y, si la orquiectomía es bilateral, la eliminación de la producción de testosterona.

EN QUE CONSISTE LA ORQUIECTOMIA

Se procede la extirpación total o parcial del testículo. Si la orquiectomía es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular, si la orquiectomía es sólo parcial, se extirpa únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras, (orquiectomía subalbugínea). La orquiectomía total está indicada en procesos tumorales, infecciosos que destruyeron el testículo, y en casos de atrofia testicular (pudiéndose colocar posteriormente una prótesis). La orquiectomía subalbugínea está indicada en aquellos procesos en los cuales interesa provocar una disminución en los niveles de la testosterona en sangre (hormona masculina), como es en el carcinoma de próstata para un mejor control del mismo. En este caso la operación se realizará en ambos testículos. La incisión se realiza en la piel escrotal (en el caso de orquiectomía subalbugínea) o en la zona inguinal (en el caso de orquiectomía total o radical) del lado a extirpar. Si la orquiectomía es parcial la incisión será a nivel de la piel escrotal. El postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA ORQUIECTOMIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del testículo
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el post operatorio.
- Hernia inguinal secundaria
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); fistulas temporales o permanentes; defectos estéticos; intolerancia a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesia (aumento de la sensibilidad) o hipoestesis (disminución de la sensibilidad).
- Dolor escrotal crónico.
- En caso de colocar prótesis, posibilidad de rechazo y/o infección; y cuando la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormonas masculinas (sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente).

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.


De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si es un tumor maligno de testículo no existen otras alternativas y en las demás indicaciones las alternativas pueden ser el tratamiento hormonal u otros tratamientos médicos, pero en su caso la opción terapéutica más aconsejable es la orquiectomía.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Orquiectomía	FL-CDM-118
		Rev. 03

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **ORQUIECTOMIA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ORQUIECTOMIA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **ORQUIECTOMIA** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____