


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUISTE DE EPIDIDIMO	FL-CDM-139
		Rev. 01

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

La intervención que se le propone está destinada a tratar la hinchazón que se presenta a nivel del escroto.

## EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE QUISTE DE EPIDIDIMO

El epidídimo es un órgano alargado situado en la parte superior y posterior del testículo; envuelve un conducto que recibe los espermios a la salida del testículo y los transporta hasta el conducto deferente. Las secreciones del epidídimo cumplen la función de maduración de la esperma.

La intervención que le es propuesta, debido a un aumento del volumen del escroto y/o molestias o dolores locales causados por este tumor benigno, tiene por objetivo retirar el quiste mediante abertura quirúrgica del escroto. En la mayoría de los casos se trata de un quiste único que se desarrolla en relación a la parte engrosada o cabeza del epidídimo, pero pueden existir varios quistes dentro de un mismo epidídimo.

La intervención que se le propone está destinada a retirar un quiste con contenido líquido, situado en el escroto a nivel del epidídimo. La falta de tratamiento le expone al riesgo de aumento de volumen escroto y a la aparición o recrudescimiento de problemas clínicos

Se efectúa una pequeña incisión a nivel del escroto, después de verificar el testículo subyacente, se saca el quiste abriendo el envoltorio del epidídimo y se efectúa una disección muy próxima a la pared del quiste. Se cierran sucesivamente las distintas capas después de colocar, eventualmente, un drenaje provisorio. En los casos pocos comunes de quistes múltiples del epidídimo, el cirujano puede verse forzado a retirar una parte o todo el epidídimo.

## RIESGOS DE LA CIRUGIA DE QUISTE EPIDIDIMO

Pueden presentarse otras complicaciones directamente relacionadas con la operación de retiro del quiste, son escasas pero posibles:

- Hematoma: una hemorragia durante o después del procedimiento puede llegar a causar un hematoma del escroto, eventualmente extendido a los órganos sexuales externos; puede ser necesaria una reintervención para detener la hemorragia y drenar el hematoma
- Cicatrización lenta, que requiera cuidados de enfermería locales prolongados
- Infección: la pérdida de líquido por la incisión, síntomas de infección general tales como fiebre o locales como inflamación del escroto pueden requerir el inicio de un tratamiento antibiótico adecuado o el drenaje quirúrgico si se produjera eventualmente un absceso.
- Atrofia testicular: se presenta sólo excepcionalmente después de la cirugía de quiste del epidídimo
- Recurrencia : el riesgo es sumamente bajo


## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Se puede proponer sólo una vigilancia sencilla, especialmente si el quiste es pequeño, estable e indoloro. Puede ser propuesto un tratamiento del quiste por punción o inyección de un producto esclerogénico, pero el riesgo de recurrencia es importante y el tratamiento secundario mediante cirugía se vuelve entonces más complicado.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-139
	QUISTE DE EPIDIDIMO	Rev. 01

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 **CIRUGÍA DE QUISTE DE EPIDÍDIMO**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA DE QUISTE DE EPIDÍDIMO**

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 **CIRUGÍA DE QUISTE DE EPIDÍDIMO**, 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 \_\_\_\_\_

## REVOCACION

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 \_\_\_\_\_