

ORQUIDOPEXIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

Esta operación se realiza en los casos en los que el testículo no desciende a la bolsa escrotal, quedándose en el canal inguinal o dentro del abdomen. Mediante este procedimiento se pretende el descenso del testículo a la bolsa escrotal, la corrección de hernia si existe, la mejoría de la fertilidad, evitar la posible malignización del testículo intrabdominal.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA ORQUIDOPEXIA

Se trata de localizar el testículo, descenderlo y fijarlo a la bolsa escrotal. La incisión se realizará en la zona de la ingle. El testículo que permanece fuera de su lugar habitual (la bolsa escrotal) durante años sufre procesos de atrofia o degeneración maligna, por lo que en algunos casos es necesario extirparlo (orquiectomía), decisión que sólo puede ser tomada, en ocasiones, intraoperatoriamente. El postoperatorio normal es de 1 a 3 días tras lo cual el paciente será tratado de forma ambulatoria. 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 ORQUIDOPEXIA

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 el descenso testicular.
- Aparición de hernia inguinal.
- Necesidad de realizar orquiectomía.
- Lesión de los vasos espermáticos.
- Atrofia testicular.

- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); fístulas temporales o permanentes; defectos estéticos; intolerancia a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas pueden ser la orquiectomía (que si se realiza, se suele colocar una prótesis en la bolsa por razones estéticas) el descenso en dos tiempos y el autotrasplante testicular, pero en su caso la mejor opción terapéutica es la orquidopexia. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable.

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 oa llegado 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: