

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE HIDROCELE (HIDROCELECTOMÍA)**

Ciudad.....

Fecha...../...../20.....

Yo.....,

Hago saber que se me ha explicado que presento una patología en mi escroto izquierdo/derecho conocida como HIDROCELE, que consiste en el aumento del tamaño del mismo debido a la acumulación anormal de líquido en el escroto rodeando el testículo. Por tal motivo se me ha propuesto realizar una Cirugía denominada Hidrocelectomía.

- 1- Mediante este procedimiento se pretende lograr la eliminación definitiva del líquido (hidrocele) acumulado en el escroto y la mejoría de las molestias que el hidrocele puede ocasionar, así como objetivos estéticos. Los resultados definitivos se verán reflejados aproximadamente a los 3 meses postoperatorios.
- 2- Se me ha explicado y he comprendido que la intervención para resolverlo es la hidrocelectomía que consiste en la apertura de la cavidad donde se acumula el líquido y eliminación de las paredes de esta cavidad para que el hidrocele no vuelva a reaparecer. Es una intervención leve, que se realiza mediante una incisión en el escroto (bolsa del testículo). Después de la cirugía la bolsa permanece inflamada durante un tiempo variable. El postoperatorio es corto y puede ser que necesite llevar un drenaje escrotal durante un tiempo. 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.
- 3- Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista y que en mi caso se utilizará anestesia.....autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Asimismo, informo que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- Se me ha informado que el método alternativo es la Punción con una aguja y evacuación del líquido. Es una alternativa que no resuelve el problema en forma definitiva, ya que en la mayoría de los casos el líquido vuelve a acumularse y además es un procedimiento que no está exento de complicaciones. Sólo se la utiliza en casos muy seleccionados, sobre todo en pacientes de muy alto riesgo para someterse a una cirugía. En mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.
- 6- 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: - En caso de hidrocelectomía bilateral, no poder llevar a cabo la exéresis completa en un solo acto quirúrgico. - La infección con inflamación del testículo, que se trata médicamente, siendo raro tener que extirpar el testículo. - La hemorragia postoperatoria que suele ser de muy poco volumen, hematomas, infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal con sus posibles complicaciones locales o generales. - Hemorragia incoercible tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio. - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida). - Defectos estéticos. - Neuralgias (dolores

nerviosos), hiperestusias (aumento de la sensibilidad) o hipoestusias (disminución de la sensibilidad). - Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar. - Hemorragia digestiva. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, evento excepcional en este tipo de cirugía. Estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos y/o quirúrgicos a fin de intentar resolverlas. 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, o bien realizar una segunda consulta a otro especialista.

- 7- Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.
- 8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de este.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- 11- Manifiesto ser alérgico a: .....
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:** .....

**Firma del Médico:** .....

**Aclaración/ Sello:** .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....

