

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA VARICOCELE (VARICOCELECTOMÍA)

Ciudad.....

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

Yo.....,

Hago saber que se me ha explicado que presento una patología en mi Testículo Izquierdo/derecho denominada Varicocele. Comprendo que el varicocele consiste en la dilatación anormal de las venas del testículo, que produce molestias como sensación de pesadez escrotal o aumento del tamaño intraescrotal sobre todo al hacer algún esfuerzo (defecación, elevación de pesos, etc) y que es una causa de infertilidad masculina. Por tal motivo se me ha propuesto realizar la cirugía conocida como Varicocelectomía

- 1- He sido informado que mediante este procedimiento se pretende lograr una mejora de la fertilidad como así también de las molestias que el varicocele puede ocasionar.
- 2- Declaro estar en conocimiento que la cirugía consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas. La incisión se realiza a nivel inguinal, más o menos alta, con anestesia regional o general y que el postoperatorio de esta intervención es corto, retirándose los puntos cuando el cirujano lo considere. También puede realizarse por vía escrotal con ayuda de magnificación (microscopio quirúrgico o lupas). 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 anestesiólogo 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 explicado y he comprendido que la alternativa al tratamiento propuesto es la embolización de las venas varicosas. Para mi caso particular se me ha informado que la Varicocelectomía es la mejor opción.
- 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 un porcentaje de casos la fertilidad puede no mejorar a pesar de la corrección del varicocele. - Persistencia de las molestias y de las dilataciones varicosas en el escroto. - Formación de un hidrocele (líquido en el escroto) o de un hematoma escrotal. - Atrofia del testículo. - Aparición de una hernia inguinal. - Hemorragia incoercible tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio. - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida). - Defectos estéticos. - Intolerancia a los materiales de sutura. - Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (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.

- 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 concurro 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:

Otra alternativa a este tratamiento es la embolización de las venas varicosas. En su caso, consideramos que la cirugía es la mejor opción.