

VARICOCELECTOMIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

El varicocele es la dilatación anormal de las venas del testículo. Produce sensación de pesadez escrotal o aumento del tamaño intraescrotal sobre todo al hacer algún esfuerzo (defecación, elevación de pesos, etc.) o bien puede ser un hallazgo en el estudio por infertilidad masculina. La varicocelectomía es un procedimiento que pretende la mejora de la fertilidad así como la mejora de las molestias que el varicocele puede ocasionar.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. 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 VARICOCELECTOMIA

La intervención consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas. La incisión se realiza a nivel inguinal, más o menos alta.

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.

El postoperatorio de esta intervención es corto, entre 1 y 3 días, retirándose los puntos en régimen ambulatorio.

RIESGOS DE LA VARICOCELECTOMIA

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:

- Existe un porcentaje de casos en que la fertilidad no mejora 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).
- Formación de un hematoma escrotal.
- Atrofia del testículo.
- Aparición de una hernia inguinal.
- 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) que puede necesitar una intervención secundaria; fístulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales; intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas son la embolización y la escleroterapia, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la varicocelectomía.

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.

Consentimiento

Yo, Sr./a. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **VARICOCELECTOMIA**.
Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____
Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

Dr.:

CÉD. NO. :
M.N./M.P.:

CÉD. NO. :

REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.
NO. :

Denegación o Revocación

Yo, Sr./a. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

Dr.:

CÉD. NO. :
M.N./M.P.:

CÉD. NO. :

REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.
NO. :