

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORQUIECTOMIA

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº

DECLARO

Que el Dr./Dra, interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una ORQUIECTOMIA, por padecer

I. La orquiectomía consiste en la *extirpación total o parcial del testículo*. Si la orquiectomía es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular; en otras ocasiones la orquiectomía es solo parcial, extirpando únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras (Orquiectomías subalbugínea).

La *Orquiectomía total* está indicada en procesos tumorales, infecciosos que destruyeron el testículo, y en casos de atrofia testicular (para colocar posteriormente una prótesis).

La *Orquiectomía subalbugínea* está indicada en aquellos procesos en los cuales interesa provocar una disminución en los niveles de testosterona en sangre (hormona masculina), como es en el carcinoma de próstata para un mejor control del mismo. En este caso la operación se realizará en ambos testículos.

Estas intervenciones se pueden llevar a cabo con anestesia regional o general en función de las condiciones del paciente o su preferencia.

La incisión se realizará en la piel escrotal (caso de orquiectomía subalbugínea) y, preferentemente, en la zona inguinal (caso de orquiectomía total o radical) del lado a extirpar.

El postoperatorio es relativamente corto si no surgen complicaciones con posterior control ambulatorio.

II. DE DICHA INTERVENCIÓN SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.** Eliminación del testículo enfermo.
- B.** Desaparición de los síntomas derivados del testículo enfermo.
- C.** En caso de bilateralidad la pérdida de la tasa de testosterona hasta límites de castración y sus consiguientes efectos terapéuticos y efectos secundarios.

III. DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.** No conseguir la extirpación del testículo.
- B.** Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- C.** Hemorragia de distinta intensidad que puede llegar, aunque es infrecuente, a ser incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- D.** Hernia inguinal secundaria.
- E.** Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: a) infección en sus diferentes grados de gravedad; b) dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria;



c) fístulas temporales o permanente; d) defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizantes anormales; e) intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; f) neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad); g) granuloma inguinoescrotal, habitualmente transitorio pero puede, en ocasiones, quedar un residuo a nivel del cordón espermático,

IV. ALTERNATIVAS

Tratamiento hormonal. En caso de tumor maligno no existe otra alternativa pero puede realizarse después o durante la quimioterapia.

V. ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los anteriores extremos, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de una

ORQUIECTOMIA

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con



domicilio en D.N.I. nº

Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: Fdo: Fdo:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: Fdo: Fdo:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)