

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## VARICOCELECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	El varicocele es la dilatación anormal de las venas del testículo. La intervención consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas. La incisión se realiza a nivel inguinal, mas o menos alta.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	El varicocele produce sensación de pesadez escrotal o aumento del tamaño intraescrotal sobre todo al hacer algún esfuerzo (defecación, elevación de pesos, etc.) O bien por hallazgo en el estudio por infertilidad masculina. Se pretende mejorar la fertilidad así como también las molestias que produce.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	Otras alternativas son la embolización y la escleroterapia, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la varicocelectomía.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Cabe la posibilidad que por los hallazgos intraoperatorios haya que hacer modificaciones del procedimiento para proporcionar un tratamiento más adecuado. El postoperatorio de esta intervención es de 1 a 3 días, retirándose los puntos en régimen ambulatorio.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none"><li>- Existe un porcentaje de casos en que la fertilidad no mejora</li><li>- Persistencia de las molestias y de las dilataciones en el escroto</li><li>- Formación de hidrocele (líquido en el escroto)</li><li>- Formación de hematoma escrotal</li><li>- Atrofia del testículo</li><li>- Aparición de hernia inguinal</li><li>- Hemorragia incoercible, tanto durante la cirugía como en el postoperatorio</li><li>- Complicaciones de la herida quirúrgica:<ul style="list-style-type: none"><li>°Infección en sus diferentes grados</li><li>°Dehiscencia de sutura (apertura de la herida)</li><li>°Fístulas permanentes o temporales</li><li>°Intolerancia a material de sutura</li><li>°Procesos cicatrizales anormales</li><li>°Neuralgias, hiperestesias o hipoestesias (aumento o disminución de la sensibilidad)</li></ul></li></ul>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO VARICOCELECTOMIA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **VARICOCELECTOMÍA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **VARICOCELECTOMÍA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO