

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

## **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE**

La intervención consiste en la eliminación del líquido almacenado alrededor del testículo (hidrocelectomía) o de colecciones organizadas en el epidídimo (estructura en forma de semiluna que recoge la secreción testicular) o en el cordón espermático. Sirve para eliminar el abultamiento y posibles molestias que ocasionan.

## **CÓMO SE REALIZA**

Habitualmente se hace con anestesia local o regional. Se realiza a través de una incisión en piel que recubre al testículo (bolsa escrotal). Puede ser necesaria la colocación de un drenaje, que se mantendrá durante 24-48 horas.

## **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

El postoperatorio suele ser corto. Habitualmente será dado de alta el mismo día de la intervención. Durante unos días podrá necesitar analgésicos y antiinflamatorios para control de las molestias que pueden aparecer por hematomas y edemas del escroto y del área genital (molestias escrotales de intensidad variable).

## **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

La eliminación de este líquido y/o quistes le mejorará las molestias y el abultamiento.

## **OTRAS ALTERNATIVAS**

Otras alternativas son la punción evacuación del líquido y la inyección de sustancias esclerosantes, pero en su caso consideramos que la mejor opción es a través de una incisión en piel.

En su caso: \_\_\_\_\_.

## **QUÉ RIESGOS TIENE**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
  - Dolor, hematoma o inflamación generalmente leves en la zona intervenida.
- **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.
  - Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención, que precisará la utilización de sangre y hemoderivados.
  - En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital.
  - Reparación de la colección líquida.
  - Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, intolerancia a los materiales de sutura, que pueden precisar reintervención para su extracción. Aumento (hiperestesia) o disminución (hipoestesia) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias). Cicatrices anormales y/o defectos estéticos derivados.
  - Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar. Puede ocurrir aunque se tomen medidas preventivas.
  - Hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas preventivas. Para tratarla puede ser necesario ponerle sangre y/o productos derivados de la misma (hemoderivados).
  - Infección generalizada (sepsis), que puede resultar grave.
  - Algunas de estas complicaciones pueden conllevar la necesidad de extirpación del testículo, tanto en la misma intervención como de forma tardía.
  - Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se le administrarán.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** \_\_\_\_\_.

# Consentimiento Informado *Hidrocelectomía*

## **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

*Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas. Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.*

## **OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

---

---

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **HIDROCELECTOMIA**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

# Consentimiento Informado *Hidrocelectomía*

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_*

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

*TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña*

*\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.*