



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORQUIECTOMÍA

Nº Historia: .....

D.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una ORQUIECTOMÍA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del testículo enfermo, la desaparición de los síntomas derivados del testículo enfermo y, si la orquiectomía es bilateral, la eliminación de la producción de testosterona.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se procede a la extirpación total o parcial del testículo. Si la orquiectomía es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular, si la orquiectomía es sólo parcial, se extirpa únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras (orquiectomía subalbugínea).

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

La orquiectomía subalbugínea está indicada en aquellos procesos en los cuales interesa provocar una disminución en los niveles de la 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 llevan a cabo con anestesia regional, general o local.

La incisión se realiza en la piel escrotal (caso de orquiectomía subalbugínea) o en la zona inguinal (caso de orquiectomía total o radical) del lado a extirpar. Si la orquiectomía es parcial la incisión será a nivel de la piel escrotal.

El médico me ha dicho que el postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

4.- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como no conseguir la extirpación del testículo o la persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de 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; hernia inguinal secundaria; inflamación o infección de los elementos no extirpados; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura–, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –disminución de la sensibilidad–) dolor escrotal crónico; en caso de colocar prótesis, posibilidad de rechazo y/o infección; y cuando la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormona masculina (sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente).

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como .....  
.....  
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como .....  
.....

- 6.- El médico me ha explicado que si es un tumor maligno de testículo no existen otras alternativas y que en las demás indicaciones las alternativas pueden ser el tratamiento hormonal u otros tratamientos médicos, pero que en mi caso la opción terapéutica más aconsejable es la orquiectomía.

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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice la ORQUIECTOMÍA.

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)*                      *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado