

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica del testículo no palpable mediante laparoscopia

Pegatina con los datos personales y de indentificación del niño a intervenir

Don/Doña _____ con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____ con la historia clínica nº _____.

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico del testículo no palpable que padece mi hijo.

1. El propósito principal de la intervención es localizar el testículo, o sus restos atróficos, en el interior de la cavidad abdominal mediante una laparoscopia, y proceder a su tratamiento oportuno (descenderlo a escroto en caso de que exista, o extirpar los restos atróficos, o extirpar un testículo anómalo). El testículo que durante años permanece en abdomen, no se desarrolla ni madura bien (condiciona infertilidad), y tiene una mayor frecuencia de tumores en la edad adulta.
2. La intervención precisa anestesia general, de la que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención se inicia con una laparoscopia, introduciendo 2-3 trócares e instrumentos (óptica, pinzas,..), a través de 2-3 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, y la creación de un espacio de trabajo mediante la introducción de CO2 en abdomen. Suele ser necesario el sondaje de estómago y vejiga. Si localizamos el testículo en cavidad abdominal procederemos a realizar una orquidopexia laparoscópica. Generalmente podemos realizar el descenso testicular en una sola intervención, pero si está muy alejado del escroto hay que realizar la intervención en dos tiempos, o bien se hará una técnica de seccionar los vasos espermáticos para posteriormente descender el testículo en una segunda laparoscopia. Si localizamos el testículo en región inguinal se procederá a realizar una orquidopexia vía inguinal. Si el testículo es atrófico o displásico se extirpa para evitar riesgos en la evolución. Si no observamos el testículo pero sí los vasos espermáticos, se podrá hacer una exploración inguinal para extirpar posibles restos testiculares en la misma intervención, o posponerla para cuando el niño sea más mayor (siempre antes de la pubertad), y valorar la colocación de una prótesis testicular. En caso de imposibilidad técnica para realizar la intervención por vía laparoscópica, o de aparecer complicaciones intraoperatorias, se realizará una conversión a cirugía abierta. La estancia postoperatoria habitual en el hospital es de 24 a 48 horas.
4. La alternativa es realizar la exploración de la región inguinal y/o de la región intraabdominal mediante cirugía abierta. La no-intervención supone asumir el riesgo de una futura infertilidad y/o malignización de los restos testiculares, en la edad adulta.
5. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. La posible consecuencia de esta intervención es la extirpación del testículo (orquidectomía) en caso de displasia testicular.
7. Las complicaciones de la intervención pueden ser: A) Derivadas de la laparoscopia (aumento del CO2 en sangre o disminución del O2, trastornos hemodinámicos, embolia gaseosa, sangrado de la pared abdominal, y muy raramente, lesión de las vísceras, intestino o grandes vasos, con hemorragia o perforación intestinal). B) Derivadas de la orquidopexia (hemorragia, infección, isquemia testicular con

atrofia secundaria del testículo, retracción o reascenso testicular, inflamación escrotal). C) Derivadas de la herida (hemorragia o hematoma, infección, inflamación, dehiscencia de la sutura con apertura de la herida, intolerancia a los materiales de sutura, procesos cicatrizantes anormales). D) Derivadas del uso de material de quirófano (bisturí eléctrico, manta térmica, etc.), y las posturales durante la intervención.

8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:

10. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

11. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de testículo no palpable, mediante laparoscopia, de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO		
Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico informante	
Sr/Sra..... DNI	Dr./Dra. Nº Col. / C.N.P.:	
Firma autorizada:	VºBº niño	Firma:
Fecha:, a de de 2.....		

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico Informante	Testigo
Sr. Sra. Sr. Sra. DNI:	Dr./Dra. CNP/NºCol: DNI:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:, a de de 2.....		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.	
Nombre:	Dr./Dra. :
Firma:	Firma:
Fecha,, a de de 2.....	