

# Epididimectomía

## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Consiste en una incisión en el escroto (bolsa) que nos permite la resección del epidídimo enfermo y soluciona la sintomatología dolorosa que habitualmente presenta el paciente.

La anestesia suele ser regional. El postoperatorio es breve, haciéndose posteriormente controles ambulatorios.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Eliminación del epidídimo enfermo.

Desaparición de los síntomas derivados del epidídimo enfermo.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Existen otras alternativas como el tratamiento médico o la denervación.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

Eliminación de la sintomatología dolorosa.

## 5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

## 6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero no frecuente, esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- No conseguir la extirpación del epidídimo.
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia 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.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica:
  - Infeción en sus diversos grados de gravedad.
  - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.
  - Eventración intestinal (salida asas intestinales a través de la herida) que puede necesitar de una intervención secundaria.
  - Fístulas permanentes o temporales.
  - Defectos estéticos derivados de alguna 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), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
  - Inflamación o infección testicular que puede llegar a complicaciones locales o generales.

Atrofia testicular por lesión vascular.

De los riesgos anestésicos será informado por el Servicio de Anestesia.

**7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente**

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesgo quirúrgico general es mayor.

**DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Doña/o ..... años, con D.N.I. Nº..... y con domicilio en .....

.....

Don/Doña/o ..... años, con D.N.I. Nº..... y con domicilio en .....

.....

en calidad de (representante legar, familiar o allegado de la paciente)..... con DNI.....,

Declaro:

Que el Doctor/a.....me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de .....

Y que ha comprendido adecuadamente la información que me ha dado

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

**Fdo.: D/Dña.....**

**DNI.....**

**Fdo.: D/Dña.....**

**Colegiado Nº:.....**

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....de.....de 2..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

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

**Fdo.:Médico**

**Fdo.: Paciente.**

**Colegiado Nº.....**

**DNI.....**