

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PENECTOMÍA TOTAL CON EMASCULACIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía consiste en la extirpación de todo el pene y también la extirpación del escroto y los testículos (emasculación). Se lleva a cabo en los casos de tumores o lesiones que por su riesgo lo precisa. La incisión se hace en la piel del pene o peneoescrotal y se crea la nueva apertura para orinar en el periné, entre el escroto y el ano (uretrostomía perineal), el paciente tiene que orinar sentado de por vida. A veces puede ser necesaria la extirpación de los ganglios linfáticos próximos al tumor.

Se hace con anestesia regional o general.

En caso de llevar sondas o drenajes se retirarán durante el postoperatorio.

La finalidad es eliminar el pene enfermo, el escroto y los testículos y la desaparición de los síntomas si existieran.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Pérdida total del pene, el escroto y los testículos.
- Necesidad de orinar sentado.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- No conseguir la extirpación total del pene, el escroto o los testículos.
- Persistencia de los síntomas previos.
- Sangrado durante la intervención o tras ella.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Problemas de la linfadenectomía: lesiones vasculares, nerviosas, del uréter y/o de la vejiga, linfocele (acumulación de linfa), dificultad de drenaje de la pierna y linforrea (pérdida de líquido linfático), que si son graves pueden dejar secuelas.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la sutura.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Estenosis (estrechamiento) del nuevo meato urinario y necesidad de sondaje intermitente o sonda permanente.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
- puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía conservadora.
- Radioterapia, braquiterapia, crioterapia o laserterapia.
- Quimioterapia sistémica.
- Tratamiento con hormonas.

AUTORIZACIÓN PARA “PENECTOMÍA TOTAL CON EMASCULACIÓN”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Firma del representante legal: