

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE PENECTOMÍA PARCIAL O TOTAL O EMASCULACIÓN**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Mediante este procedimiento** se pretende la eliminación del pene enfermo y la desaparición de los síntomas derivados del mismo.

**Mediante esta técnica** se extirpa parcial o totalmente el pene o además la extirpación de escroto y testículos y está indicada en casos de tumores de pene o lesiones que destruyen el órgano.

Estas intervenciones se pueden llevar a cabo con anestesia regional o general (con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella) en función de sus condiciones o de sus preferencias y que puede acompañarse de linfadenectomía.

La incisión se realiza en la piel peneana o peneoescrotal (caso de penectomía total o emasculación). En este caso se requiere el abocamiento de la uretra al periné y en la parcial en el muñón peneano restante.

El postoperatorio es relativamente corto si no surgen complicaciones con posterior control ambulatorio, pudiendo retirar la sonda antes de la cicatrización uretral completa.

Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

– No conseguir la extirpación total del pene o la persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.

- Es muy infrecuente, una hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio, cuyas consecuencias son muy diversas, dependiendo del tratamiento que requiera.
- 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).
- Estenosis del nuevo meato; la necesidad de orinar sentado en caso de muñón pequeño o abocamiento perineal.
- Tromboembolismos venosos y/o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes, aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad.
- Complicaciones derivadas de la linfadenectomía (lesión vascular, lesión nerviosa, lesión de uréter y/o vejiga, linfocele, dificultad de drenaje de la pierna, linforrea persistente y que si son graves pueden dejar secuelas (movilidad de la pierna, neuralgias, principalmente).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En caso de tumor pequeño las alternativas son la cirugía conservadora, radioterapia, braquiterapia o laserterapia, pero que en su caso la opción terapéutica más recomendable es la Penectomía parcial o total o emasculación.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Penectomía Parcial o Total o Emasculación** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE PENECTOMÍA PARCIAL O TOTAL O EMASCULACIÓN**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)