

CIRCUNCISION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

La extirpación de la piel que cubre el glande denominada prepucio puede estar indicada con motivos religioso-culturales o bien por la existencia de un prepucio estrecho, que no permite su retracción por detrás del glande. Mediante este procedimiento se pretende facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

Esta intervención no suele requerir hospitalización. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, aunque suele realizarse con anestesia local. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA CIRCUNCISION

Esta intervención consiste en eliminar la piel prepucial que no permite descubrir el glande, con el objetivo de permitir unas relaciones sexuales normales. Realizada en épocas tempranas en la vida tiene asimismo un papel preventivo en la producción de carcinoma de pene.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRCUNCISION

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- Reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico, de graves consecuencias.
- Infecciones de la herida quirúrgica cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano y riesgo de infección general.
- Hemorragia incluso de consecuencias imprevisibles.
- Cicatrices antiestéticas.
- Incurvación del extremo del pene.
- Lesión uretral con aparición de fistulas.

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

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La alternativa es el tratamiento médico expectante, o la incisión prepucial, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, D/Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **CIRCUNCISION**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Madrid, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:
Fdo.:

PACIENTE

D.N.I.:
Fdo.:

MEDICO

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:
Fdo.:

Denegación o Revocación

Yo, D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Madrid, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:
Fdo.:

PACIENTE

D.N.I.:
Fdo.:

MEDICO

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:
Fdo.: