



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Apendectomía Parcial o  
Total o Emasculación

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Apendectomía Parcial o Total o Emasculación**

## Consentimiento Informado para Cirugía de Apendectomía Parcial o Total o Emasculación

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. ....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una  
**PENECTOMÍA PARCIAL O TOTAL O EMASCULACIÓN.**

## INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del pene enfermo y la desaparición de los síntomas derivados del mismo.
- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.
- 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.
- El médico me ha dicho que estas intervenciones se pueden llevar a cabo con anestesia regional o general en función de mis condiciones o de mis preferencias y que puede acompañarse de linfadenectomía.
- La incisión se realiza en la piel peneana o peneoescretal (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 médico me ha explicado que el postoperatorio es relativamente corto si no surgen complicaciones con posterior control ambulatorio, pudiendo retirar la sonda antes de la cicatrización uretral completa.
- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como 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–).

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....  
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....  
El médico me ha explicado que en caso de tumor pequeño las alternativas son la cirugía conservadora, radioterapia, braquiterapia o laserterapia, pero que en mi caso la opción terapéutica más recomendable es la Penectomía parcial o total o emasculación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**PENECTOMÍA PARCIAL O TOTAL O EMASCULACIÓN.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr: .....  
.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.: .....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

Sr./Sra. ....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de: .....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha ..... Hora: .....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En .....

(Lugar / fecha / Hora)

Firma del Médico: ..... Rut: .....

Firma del Paciente: ..... Rut: .....

Firma del representante legal: ..... Rut: .....

(Representante legal o familiar responsable).