

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

- ¿Qué es?:** Es la eliminación de la parte enferma del pene y la desaparición de los síntomas derivados del mismo. Mediante esta técnica se extirpa parcial o totalmente el pene. La cantidad de tejido a extirpar depende del tamaño, localización y del grado citológico del tumor que nos orienta acerca del comportamiento previsible más o menos agresivo.
- ¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se realiza una incisión en la piel del pene o peneescrotal, en caso de emasculación (penectomía total). Tras extirpar la lesión, con un margen de tejido sano de seguridad, se hace necesario abocar la uretra bien al periné cuando se ha realizado una emasculación (en ese caso tendrá que orinar sentado), o bien al muñón de pene restante de la penectomía parcial. Puede acompañarse de una **linfadenectomía inguinal**, unilateral o bilateral, o **pelviana** que consiste en la extirpación de los ganglios afectados por el tumor. El postoperatorio es relativamente corto si no surgen complicaciones con posterior control ambulatorio, pudiendo retirar la sonda antes de la cicatrización uretral completa.
- ¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la zona, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
  - Infrecuentes (menos de 10%):** **No conseguir la extirpación del pene** o la persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente; complicaciones locales: **infección, apertura la sutura o sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis** con necesidad de nueva cirugía; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia; fístula uretral o vesical** (comunicación del conducto uretral o vejiga al exterior con incontinencia persistente); **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; **neuralgias** (dolores nerviosos), **hiperestesias** (aumento de la sensibilidad) o **hipoestesias** (disminución de la sensibilidad); **coito doloroso o anorgasmia (ausencia del orgasmo); osteítis del pubis; lesión vesical o intestinal; dolor pelviano crónico; estenosis uretral** a nivel del muñón peneano o del nuevo meato del periné; **recurrencia del tumor** a nivel del pene o de los ganglios; **tromboembolismos venosos** cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; **complicaciones derivadas de la linfadenectomía:** lesión vascular, lesión nerviosa, lesión de uréter y/o vejiga, colección de linfa (linfocele), dificultad de drenaje de la pierna, fístula de linfa (linforrea), apertura de la herida quirúrgica.
- Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación del segmento peneano dañado y mejoría de los síntomas.
- Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de la sintomatología y progreso de la enfermedad.
- Alternativas:** Sondaje vesical intermitente o permanente. Observación (aunque con previsible progresión de la enfermedad). En caso de tumores pequeños las alternativas son la cirugía conservadora, radioterapia, braquiterapia o laserterapia.
- Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA  
PENECTOMÍA PARCIAL O TOTAL**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_