



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE POSTIOPLASTÍA (CIRCUNCISIÓN)

El siguiente formulario le ha sido entregado después de una consulta de urología y antes de practicar una intervención con fines diagnósticos o terapéuticos y está destinada a ayudarlo a comprender mejor la información que le proporcionó su urólogo. El mismo le explicará la enfermedad que usted sufre o el proceso diagnóstico que debe practicarse. Le expondrá las diferentes formas y alternativas de tratamiento y las consecuencias previsibles, en caso de que usted desista del procedimiento terapéutico propuesto. Se le expondrán aquí las razones del tratamiento que su urólogo le va a practicar, el desarrollo, las consecuencias usuales y los riesgos más frecuentes o graves que podrían presentarse.

La intervención propuesta consiste en retirar el prepucio del pene. Esta operación se conoce más bien como circuncisión, pero este término se utiliza en principio para intervenciones efectuadas por motivos religiosos.

¿POR QUÉ ESTA OPERACIÓN?

El prepucio es un pliegue de la piel que recubre y protege el glande. Puede ser necesario eliminarlo en varias circunstancias:

- 1- Estrechamiento del prepucio, que impide destapar el glande, llamado fimosis. Esta fimosis es de origen congénito o cicatricial.
- 2- Enfermedad de la piel del glande y/o del prepucio. La ausencia de tratamiento expone al riesgo de dificultades urinarias y sexuales, infección e inflamación de la piel del prepucio, del glande o del meato uretral. Puede producirse específicamente una parafimosis, que corresponde a un estrangulamiento del glande por el anillo prepucial, por imposibilidad de volver a cubrir.

¿EXISTEN OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO?

Ciertas fimosis congénitas no demasiado estrechas pueden responder a un tratamiento médico por aplicación de pomadas basadas en corticoides.

En ciertos casos puede ser propuesta una plastia de ensanche sencilla, sin extirpar el prepucio.

¿CÓMO SE REALIZA?

Esta intervención se realiza bajo anestesia local o regional y generalmente no precisa hospitalización, salvo en niños. Se extirpa el prepucio y se dan puntos entre la piel del pene y la mucosa del glande dejando descubierto el glande en mayor o menor medida. Habitualmente el frenillo se secciona y sutura durante la intervención.

Cuando solo es preciso elongar el frenillo, éste es seccionado sin extirpar el resto del prepucio.



¿COMO ES EL POSOPERATORIO HABITUAL?

El dolor a nivel de la zona operada es usualmente mínimo y transitorio y si fuera necesario, se calma mediante analgésicos y colocación de frío local. Sin embargo, puede persistir durante varios días una molestia a nivel del glande, el que en adelante quedará continuamente descubierto. La cicatrización requiere de 2 hasta 4 semanas:

- se prescriben cuidados locales de enfermería, durante algunos días
- los hilos de sutura caen espontáneamente, en principio dentro de 2 hasta 3 semanas (dependiendo del material y la técnica utilizada).

El cirujano especificará por cuanto tiempo deben ser evitados los baños y la fecha para retomar actividades y relaciones sexuales de los adultos, como mínimo 4 semanas (hasta consolidar la cicatrización).

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES:

1-Sangrado discreto en la sutura quirúrgica que en algunas ocasiones puede motivar tener que dar algún punto después de la intervención para conseguir frenar el sangrado.

LOS MENOS FRECUENTES (suelen ser más graves)

1- Reacciones vagales de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida de conocimiento.

2- Infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir muy infrecuentemente a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general de carácter grave.

3- Es posible aunque improbable que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados por presentar hemorragia.

4- Cicatrices antiestéticas.

5- Incurvación del extremo del pene por retracción cicatricial.

6- Lesión uretral con aparición de fístulas.

7- Aumento o disminución de la sensibilidad del glande, de intensidad variable.

8- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero en ocasiones, pueden llegar a requerir una nueva intervención.



SITUACIONES ESPECIALES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

1- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

2- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

3- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla.

(NOTA: **Tache lo que no corresponde - Firme y aclare al pie de cada hoja**)

SI - NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI - NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI - NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI - NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En....., a.....días del mes de..... de.....

** La **Federación Argentina de Urología** no es responsable por las consecuencias eventuales que pudieran resultar de la difusión de este documento sin la debida participación del médico tratante.*