

PREPUCIOPLASTIA PEDIATRICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INFORMACION GENERAL**

Su hijo tiene fimosis, que es la dificultad de poder bajar la piel del prepucio. El tratamiento que le proponemos es una operación llamada prepucioplastia. Consiste en cortar y luego suturar la parte del prepucio estrecha que dificulta el descenso de la piel para descubrir el glande. Esta intervención es mejor tolerada en la infancia. Dada la edad del paciente y la estrechez de la piel no se puede esperar su curación espontánea. Si no se opera puede tener problemas para realizar una higiene normal mantener unas relaciones sexuales satisfactorias el día de mañana. Con la operación se consigue que el niño tenga una actividad normal.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. 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 PREPUCIOPLASTIA**

Se hace un pequeño corte longitudinal en la cara dorsal del prepucio, a nivel de la zona estrecha, que luego suturamos en sentido transverso para dilatar la zona. Las suturas son de tipo reabsorbible para que no sea preciso retirarlas con posterioridad.

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.

El despertar de la anestesia suele ser rápido y tras su recuperación, después de algunas horas de observación, el niño puede irse a casa. Varios días después se visita de nuevo al paciente en la consulta.

**RIESGOS DE LA PREPUCIOPLASTIA**

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:

- Hemorragia.
- Ligeramente infección de los puntos.
- Estrechez del meato.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos 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

Aunque se han descrito otras formas de tratamiento como la aplicación de pomadas o maniobras forzadas, no las creemos convenientes para su hijo.

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 **PREPUCIOPLASTIA**.

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.: