

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PENE

Nº Historia: .....

D.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PENE

1.- Mediante este procedimiento se pretende restaurar una erección capaz de devolver una relación psicosexualmente satisfactoria.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Mediante esta técnica se trata la disfunción eréctil o impotencia, lo que puede hacerse de varias formas, dependiendo de la causa que la origina, y de las que ya he sido informado y he decidido de acuerdo con mis preferencias y los criterios médicos expuestos, la colocación de una prótesis peneana.

Las prótesis peneanas son unos cilindros semirrígidos o inflables, de diferentes tamaños, de material biocompatible y por lo tanto habitualmente bien tolerados. Se colocan dentro de los cuerpos cavernosos mediante una intervención de gravedad moderada. Para llegar a los cuerpos cavernosos se realiza una incisión en el pene, en el escroto o en la zona perineal o pubiana.

Esta prótesis produce una rigidez del pene de forma permanente u ocasional dependiendo del tipo de éstas, apropiada para realizar el coito.

No altera la sensibilidad del pene, ni recupera la eyaculación ni el orgasmo si estos no estaban presentes previamente. Por otra parte, no altera estas funciones cuando son normales. Tampoco provoca cambios en el glande, salvo que existan complicaciones.

El médico me ha explicado que la implantación se realiza habitualmente con anestesia locorregional o general y la estancia postoperatoria suele ser de 1 a 4 días.

4.- 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 una erección satisfactoria; fallo mecánico de alguno de los componentes de la prótesis; perforación de la albugínea distal; perforación de la uretra; retirada de la prótesis por un proceso infeccioso o intolerancia; 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–, hiperestésias –aumento de la sensibilidad– o hipoestésias –disminución de la sensibilidad–); tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

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.

- 5.- 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.

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 o cualquier otra circunstancia.

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

- 6.- El médico me ha explicado que otras alternativas son las inyecciones intracavernosas, las prótesis de vacío y la revascularización, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la implantación de prótesis de pene.

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

### CONSIENTO

Que se me realice la **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PENE**

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)                      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado