

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Procedimiento mediante el cual se pretende obtener el enderezamiento del pene anormalmente incurvado, desde el nacimiento (curvatura congénita) o desarrollado en la edad adulta por una placa fibrosa en el pene (enfermedad de Peyronie), intentando mejorar la capacidad para tener relaciones sexuales (no tiene utilidad para el aumento de longitud o grosor del pene, tratamiento del bajo deseo sexual, alteraciones de la eyaculación o del orgasmo) ..

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante una técnica quirúrgica bajo **anestesia general, local o raquídea**, se colocan unos puntos en el lado contrario a la curvatura o un injerto de otro tejido (parche) en el mismo lado de la curvatura. La técnica a elegir dependerá de cada caso. La técnica puede implicar necesariamente la realización de una circuncisión o eliminación de la piel del prepucio. La estancia postoperatoria suele ser de 1 a 4 días.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** acortamiento y adelgazamiento del pene implícito en la técnica, infección urinaria, molestias abdominales y genitales, edema y hematoma. Estas pueden ser transitorias o permanentes. Pueden aparecer hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad). Su capacidad para lograr y mantener una erección puede verse afectada de forma variable por la cirugía, pudiendo ser necesario tratamiento de la misma de manera crónica.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** **hemorragia** incontrolable, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo de la gravedad incluso con posibilidad cierta de muerte. **Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica** como infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura, 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); **complicaciones derivadas de la técnica** como la no resolución de la curvatura con necesidad de segundas cirugías, intolerancia o alergia al material utilizado como parche, lesión del cuerpo cavernoso en cualquier punto que requiera técnicas adicionales, perforación de la uretra, necrosis parcial o total del pene que pudiera requerir, en los casos más graves, la amputación del miembro.

4. Consecuencias previsibles de su realización: El enderezamiento de la curvatura anómala del pene. No evita que, tras la cirugía, pudieran aparecer otras placas o curvaturas en el mismo lugar o en otros.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Persistencia o empeoramiento de la curvatura.

6. Alternativas: El tratamiento con vitamina E, tamoxifen, antiinflamatorios por vía oral, prácticamente están abandonados por su falta de efectividad siendo, la cirugía lo más recomendable

7. Riesgos en función de su situación: La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Determinadas circunstancias como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, infección urinaria o edad avanzada pueden aumentar la frecuencia y gravedad de las complicaciones quirúrgicas.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

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	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. 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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____