

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento para ayudar al diagnóstico de las posibles alteraciones causantes de la impotencia y como tratamiento de la impotencia. Este procedimiento también puede utilizarse para el diagnóstico de la incurvación del pene.
2. **¿Cómo se realiza?:** Mediante la inyección de una sustancia vasodilatadora (aumenta el tamaño de los vasos sanguíneos) en el pene, previa desinfección de la piel. Tras la administración, hay que esperar unos 10-15 minutos, aproximadamente, para valorar los efectos sobre la erección (aumento de la rigidez del pene tras la administración). Se realiza en la misma consulta.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** no existen riesgos que superen el 10% de los casos al administrar esta medicación en el pene.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** **hemorragia** y **hematoma** bajo la piel del pene, **dolor** en la zona de inyección, **hipotensión** y episodio de **mareo** secundario a la bajada tensional, **erección permanente**, que es la complicación más frecuente. Si este cuadro se alarga más de 4 horas, es preciso que acuda a Urgencias de un Hospital para ser valorado. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, inyecciones en el pene, sueros...) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluso la colocación de una prótesis de pene.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Ayuda al diagnóstico del tipo y gravedad de la impotencia, o bien de la curvatura de pene, así como conocer la respuesta a una alternativa en el tratamiento de su impotencia, si otros fármacos no han funcionado.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Dificulta el proceso diagnóstico del problema de la erección, así como no valorar la respuesta a un tratamiento alternativo que potencialmente puede mejorar su función eréctil si no responde a otros fármacos.
6. **Alternativas:**
  - Como alternativas para el diagnóstico: Existen otras pruebas como análisis de sangre y estudio de las erecciones nocturnas.
  - Como alternativas al tratamiento con inyecciones intracavernosas: Existen los medicamentos orales, las prótesis peneanas, los dispositivos de vacío y la cirugía vascular.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** Posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (fármacos antiagregantes o anticoagulantes) o cualquier otra circunstancia pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos.

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



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA  
INYECCIÓN INTRACAVERNOSA**

**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: \_\_\_\_\_