

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Procedimiento que pretende devolver rigidez al pene para poder tener una relación psicosexualmente satisfactoria mediante colocación de prótesis que producen una rigidez del pene de forma permanente u ocasional dependiendo del tipo. Se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o impotencia pero no tiene utilidad para el aumento de longitud o grosor del pene, tratamiento del bajo deseo sexual, las alteraciones de la eyaculación o del orgasmo. También puede formar parte del tratamiento de la Enfermedad de *Peyronie*, de la cirugía de reasignación de género o del manejo del priapismo. En los últimos dos supuestos, se incrementan los riesgos de extrusión, infección y de retirada posterior de prótesis.

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante la colocación de prótesis peneanas que son unos cilindros de material biocompatible que se colocan dentro de los cuerpos cavernosos del pene. Las **prótesis de dos componentes** tienen una bomba de activación que se sitúa dentro del escroto. Las **prótesis de tres componentes** tienen además de la bomba escrotal de activación/desactivación, un reservorio que se coloca en la parte inferior del abdomen, a través de la misma incisión o de otra segunda incisión accesoria. Las **prótesis maleables** sólo disponen de dos cilindros. Para implantar la prótesis se realiza una incisión en el pene, en el escroto o en la zona pubiana bajo **anestesia general** o raquídea. Las colocaciones a través de incisión en el pene pueden implicar necesariamente la realización de una circuncisión o eliminación de la piel del prepucio. No provocan una recuperación de la eyaculación ni el orgasmo si estos no estaban presentes previamente. Generalmente no altera estas funciones cuando son normales. La sensibilidad puede verse modificada. Tampoco provoca cambios en el glande, salvo que existan complicaciones. La estancia postoperatoria suele ser de 1 a 4 días.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** infección urinaria, molestias abdominales y genitales transitorias o permanentes.
- **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 abdominales** como parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise de otras intervenciones, peritonitis, infección de la cavidad intestinal o lesiones del recto que precisen de colostomía para su resolución. **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), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad); **complicaciones derivadas del dispositivo** como no conseguir una erección satisfactoria a pesar del tratamiento, fallo mecánico de alguno de los componentes de la prótesis, perforación del cuerpo cavernoso en cualquier punto que requiera técnicas adicionales, perforación de la uretra, retirada de la prótesis por un proceso infeccioso o intolerancia, acortamiento y/o adelgazamiento variable del pene. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo bajo de mortalidad.

4. Consecuencias previsibles de su realización: Restituir la rigidez peneana perdida o insuficiente para completar una relación sexual.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: El mantenimiento de la capacidad eréctil como se encuentra en este momento. Potencialmente podría sufrir acortamiento de pene por la ausencia continuada de erecciones.

6. Alternativas: Las alternativas a la cirugía son los medicamentos orales inhibidores de la PDE5 (*sildenafil*, *vardenafil*, *avanafil* o *tadalafil*), las inyecciones intracavernosas, y los dispositivos de vacío .

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.

UROLOGIA

PROTESIS DE PENE

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: _____