

Consentimiento

Informado para Implantación de prótesis de pene

Espacio reservado par a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.
Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se pretende conseguir una rigidez del pene, capaz de devolver la posibilidad de erección y una relación psicosexualmente satisfactoria.

CÓMO SE REALIZA

Las prótesis del pene son unos cilindros semirrígidos o inflables, de diferentes tamaños, de material biocompatible y por lo tanto habitualmente bien tolerados. Generalmente su colocación se realiza a través de una incisión en el pene para acceder a los cuerpos cavernosos.

Posteriormente se realiza la apertura de los mismos, la dilatación y la colocación de la prótesis, y de los reservorios o dispositivos de almacenamiento suprapúbico y/o escrotal para lo que puede ser necesario la realización de una incisión suprapúbica o escrotal.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible, aunque infrecuente, que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Esta prótesis produce una rigidez del pene de forma permanente u ocasional (dependiendo del tipo de prótesis) 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.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Podrá llevar una vida sexualmente activa.

OTRAS ALTERNATIVAS

Otras alternativas son los fármacos vía oral, las inyecciones intracavernosas, los dispositivos de vacío y la revascularización, pero en su caso la implantación de una prótesis de pene es la mejor opción.

En su caso: _____

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Sangrado discreto en la sutura quirúrgica.
- Hematoma, generalmente leve, en la zona operatoria.

➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- Fallo mecánico de alguno de los componentes de la prótesis que puede obligar a su recambio.
- No conseguir una erección satisfactoria
- Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).
- Lesión de las cubiertas de los cuerpos cavernosos que puede impedir la colocación de la prótesis o aparecer tras la intervención lo que obligará a una reintervención y retirada de la prótesis.
- Perforación de la uretra.
- Retirada de la prótesis por un proceso infeccioso o por intolerancia
- Fístulas permanentes o temporales
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrar.

Consentimiento

Informado para Implantación de prótesis de pene

- *Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas profilácticas.*
- *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, que puede conllevar un riesgo para su vida.*
- *Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad. Puede oscilar desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados.*

Casi todas estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que puede conllevar un riesgo para su vida.

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Para ser valoradas debe informar a su médico de ellas. Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca.

Comuniqué también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al

Consentimiento Informado para Implantación de prótesis de pene

tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a la **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PENE**.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.