

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA INCURVACIÓN DE PENE

PACIENTE:

Nº HISTORIA:

EDAD:

DNI:

TEL:

FECHA OP:

DECLARO

Que el Doctor _____, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a CIRUGÍA DE LA INCURVACIÓN DE PENE.

1.- Mediante este procedimiento se pretende obtener el enderezamiento del pene y mejorar la capacidad para tener relaciones sexuales.

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 quirúrgica se trata el pene, que puede estar incurvado de una forma anormal desde el nacimiento (incurvación congénita) o se desarrolla en la edad adulta motivado por una placa fibrosa en el pene (enfermedad de Peyronie) y hace que tenga dolor durante la erección y/o no pueda tener relaciones sexuales satisfactorias.

El tratamiento de la incurvación congénita es exclusivamente quirúrgico. El tratamiento de la incurvación del adulto puede ser con pastillas, con inyecciones en el pene, ambos de escasos resultados; o mediante cirugía, con anestesia local regional o general, en el que se colocan unos puntos en el lado contrario a la incurvación o un injerto de otro tejido en el mismo lado de la incurvación. La técnica a elegir dependerá de cada caso.

El médico me ha advertido que después de la intervención es seguro que notaré un discreto acortamiento de la longitud del pene y me tocaré los puntos de sutura.

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 persistencia de las molestias en el pene, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésia (disminución de la sensibilidad), hinchazón o necrosis del prepucio (piel que recubre el glande), disminución de la capacidad para mantener la erección, erección prolongada tras la cirugía que requiera tratamiento invasivo, infección de la herida que podría ocasionar defectos estéticos.

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 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.

6.- El médico me ha explicado que otras alternativas como el tratamiento con vitamina E, tamoxifen, antiinflamatorios por vía oral, prácticamente están abandonados por su falta de efectividad. Y que también es posible el tratamiento con inyecciones en la placa fibrosa del pene cuando tenga dolor, pero que, en mi caso, la alternativa más recomendable es la cirugía.

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 CIRUGÍA DE LA INCURVACIÓN DE PENE.

El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

