

Implantación de prótesis de pene

1. Identificación y descripción del procedimiento

La disfunción eréctil a impotencia puede ser tratada de varias formas, dependiendo de la causa que la origina.

Usted ya ha sido informado de ellas y ha decidido de acuerdo con sus preferencias y los criterios médicos expuestos, la colocación de una prótesis penearia.

Las prótesis peneanas son unos cilindros semirígidos o inflables, de diferentes tamaños, de material biocompatible y por lo tanto habitualmente bien tolerados. Se colocan dentro de los cuerpos cavernosos mediante una intervención de gravedad moderada. Para llegar a los cuerpos cavernosos se realiza una incisión en el pene, escroto o en la zona perineal o pubiana.

Ésta prótesis produce una rigidez del pene de forma permanente u ocasional dependiendo del tipo de estas, 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.

La implantación se realiza habitualmente con anestesia locorregional o general. La estancia postoperatoria suele ser de 1 a 4 días.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Restaurar una erección capaz de devolver una relación psicosexualmente satisfactoria.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Existen otras alternativas como las inyecciones intracavernosas, una prótesis de vacío o la revascularización.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya descritas en los apartados uno y dos de este documento.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro pueden acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero no frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- No conseguir una erección satisfactoria.
- Fallo mecánico de alguno de los componentes de la prótesis.
- Perforación de la albugínea distal.
- Retirada de la prótesis por un proceso infeccioso o intolerancia.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como hemorragias, infección, neuralgias, fistulas, etc, que conllevan la retirada de la prótesis y nueva intervención.
- De los riesgos anestésicos será informado por el Servicio de Anestesia.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

8. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, DNI _____

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la paciente) con DNI _____

Declaro:

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización de _____.

En _____ de _____ de _____.

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr/Dra _____ DNI _____ Colegiado nº: _____

8. Revocación de consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En _____ de _____ de _____.

Fdo. el médico Colegiado nº: _____

Fdo. el/la paciente DNI _____