

## **CIRUGIA DE LA INCURVACION DE PENE**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **INFORMACION GENERAL**

Mediante este procedimiento se pretende obtener el enderezamiento del 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 tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

#### **EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE LA INCURVACION DE PENE**

Consiste en la colocación de 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. Después de la intervención es seguro que notará un discreto acortamiento de la longitud del pene y se tocará los puntos de sutura.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

#### **RIESGOS DE LA CIRUGIA DE LA INCURVACION DE PENE**

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- Persistencia de las molestias en el pene.
- Neuralgias (dolores nerviosos).
- Hiperestesis (aumento de la sensibilidad) o hipoestesia (disminución de la sensibilidad).
- Hinchazón o necrosis en el 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.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas como el tratamiento con vitamina E, tamoxifen, antiinflamatorios por vía oral, prácticamente están abandonados por su falta de efectividad. También es posible el tratamiento con inyecciones en la placa fibrosa del pene cuando tenga dolor, pero en su caso, la alternativa más recomendable es la cirugía.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

#### Consentimiento

Yo, Sr./a. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **CIRUGIA DE LA INCURVACION DE PENE.**  
Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. \_\_\_\_\_  
Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### TESTIGO

CÉD. NO. :  
M.N./M.P.:

#### PACIENTE

CÉD. NO. :

#### MEDICO

Dr.:

#### REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.  
NO. :

#### Denegación o Revocación

Yo, Sr./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 la Ciudad de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### TESTIGO

CÉD. NO. :  
M.N./M.P.:

#### PACIENTE

CÉD. NO. :

#### MEDICO

Dr.:

#### REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.  
NO. :