

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMÍA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica de esterilización masculina. Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides que proceden de los testículos por medio de la sección del conducto deferente (el que los conduce a la uretra a través de los conductos eyaculadores) y el sellado de ambos extremos, evitando así que el espermatozoide llegue al semen. La intervención se hace con anestesia local.

La finalidad es esterilizar al paciente para siempre, y así en principio, no pueda tener más hijos. Esto no es inmediato. Tras la cirugía, los espermatozoides van disminuyendo poco a poco y, por lo tanto, se sigue siendo fértil. Por eso, hay que seguir usando otro método anticonceptivo seguro hasta que se realice un análisis de control de semen, y cuando se demuestre la ausencia total de espermatozoides es cuando tendremos la seguridad de que todos han sido eliminados y se ha logrado la esterilidad. Después de la cirugía se eyacula semen (líquido seminal), pero ya no va a contener espermatozoides (células reproductoras).

Sin embargo, hay ocasiones en las que es posible volver a reconstruir los conductos deferentes. En ese caso, podría volver a tener hijos, aunque no hay total garantía de éxito.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Esterilidad de forma permanente.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Cicatrización anómala.

Riesgos menos frecuentes:

- Dolor, inflamación o infección del testículo. En estos casos a veces puede ser necesario la extirpación del testículo.
- La repermeabilización espontánea de la vía seminal: la vía seminal vuelve a hacerse permeable por sí sola de forma tardía. En este caso es posible que se produzca un embarazo no deseado. La única forma segura de evitar esta posibilidad es hacer una cirugía mucho más amplia: cortar y extraer un trozo más largo del conducto. Ello supone un mayor riesgo de complicaciones y la total imposibilidad de reconstruir el deferente si en un futuro quisiera hacerlo.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión  
 Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante  
 .....puede  
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Usar otro método anticonceptivo.

### AUTORIZACIÓN PARA "VASECTOMÍA"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

### Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: