

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica de **esterilización masculina**.
2. **¿Cómo se realiza?:** Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides procedentes de ambos testículos mediante la sección del conducto deferente y ligadura o coagulación de ambos extremos. Se realiza bajo anestesia local a través de una o dos pequeñas incisiones de 1,5 cm. en la piel en ambas raíces del escroto, cerca de la base del pene. Sólo en casos muy seleccionados puede ser recomendable una anestesia general. Se realiza **con la idea de perpetuidad**, y aunque teóricamente sería posible reconstruir la continuidad del conducto deferente, en determinadas circunstancias, el porcentaje de éxito es muy variable
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la zona del escroto, sensación de hinchazón.
  - **Infrecuentes (menos de 10%): reacciones alérgicas** al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: **infección** o **sangrado** de la herida, **cicatrización anómala**, **dolor** testicular variable, o inflamación e infección del testículo, el epidídimo, con necesidad de extirpación del epidídimo o del testículo. Tras la intervención los espermatozoides van disminuyendo en número poco a poco y por tanto se sigue siendo fértil hasta nuevo análisis o espermiograma. Se debe seguir utilizando un método anticonceptivo seguro hasta que se realice un espermiograma de control que demuestre la ausencia total de espermatozoides móviles en el eyaculado (azoospermia) o la presencia de menos de 100.000 inmóviles a los 3 meses de la cirugía. Este espermiograma nos asegura que la operación ha sido eficaz. De forma extraordinariamente excepcional la **repermeabilización (recanalización) espontánea** de la vía seminal de forma tardía.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La esterilización.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** El paciente seguirá siendo fértil y deberá adoptar otros métodos de contracepción.
6. **Alternativas:** La utilización de otros métodos anticonceptivos por parte del paciente o la pareja.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA  
VASECTOMÍA**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento       No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_