

Consentimiento Informado Vasectomía

1. Identificación y descripción del procedimiento.

La vasectomía es una técnica quirúrgica de esterilización masculina. Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides procedentes de ambos testículos a través del conducto deferente y que desembocan en la uretra a través de los conductos eyaculadores. Esta interrupción se realiza mediante la sección del conducto deferente y la ligadura de ambos extremos. Es un procedimiento que se realiza en forma bilateral.

La vasectomía se realiza con anestesia local, a través de una o dos pequeñas incisiones de aproximadamente un centímetro, en la línea media escrotal, cerca de la base del pene.

2. Objetivo del procedimiento.

Esterilizar al paciente. Se practica con la idea de perpetuidad (procedimiento definitivo).

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Otros métodos de planificación y que no tienen las mismas tasas de infertilidad que la vasectomía. (Uso de condón, abstinencia, ritmo, anticonceptivos orales entre otros y cirugía en las mujeres entre otros).

4. Riesgos:

De dicha intervención es posible pero NO frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones.

- Reacciones alérgicas al anestésico local.
- Infección, sangrado de la herida, formación de hematomas, Granuloma (cicatrización anómala)
- Dolor testicular crónico.
- Infección o inflamación del/los testículos o de/los epidídimos.
- Recanalización o persistencia de paso de espermatozoides por alguno de los dos deferentes.

5. 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 la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico es mayor.

6. Recomendaciones

Tras la intervención, los espermatozoides van progresivamente disminuyendo en número y por tanto se sigue siendo fértil. Por lo anterior, debe utilizar un método de planificación seguro hasta que un espermograma de control demuestre la ausencia total de espermatozoides (azoospermia total). Esto nos asegura que los espermatozoides se hayan eliminado mediante las consecuentes eyaculaciones y que no se haya producido una repermabilización espontánea de la vía seminal de forma tardía, que pueda llevar a un nuevo embarazo.

CONSENTIMIENTO

Una vez leído y entendido el documento anterior y habiendo tenido la posibilidad de aclarar mis dudas con personas idóneas para ello yo como paciente

Identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____
Autorizo al doctor _____ y su equipo de trabajo del _____ para que me realice una Vasectomía y en caso de ser necesario tome las medidas y conductas médicas necesarias para salvaguardar mi integridad física de acuerdo a como se presenten las situaciones dentro de mi proceso quirúrgico.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el día _____ del mes _____ del año _____

Paciente

Nombre _____
Cedula _____

Testigo

Nombre _____

Cédula _____

Parentesco _____

Médico

Nombre _____

Cédula _____

Sello _____

REVOCACION

Una vez leído y entendido el documento anterior y habiendo tenido la posibilidad de aclarar mis dudas con personas idóneas para ello yo como paciente

Identificado con cédula de ciudadanía número _____

de _____ **NO AUTORIZO** al doctor _____

y su equipo de trabajo del _____

para que me realice una LINFADENECTOMIA PELVICA y en caso de ser necesario tome las medidas y conductas médicas necesarias para salvaguardar mí integridad física de acuerdo a como se presenten las situaciones dentro de mí proceso quirúrgico.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el día _____ del

mes _____ del año _____

Paciente

Nombre _____

Cedula _____

Testigo

Nombre _____

Cédula _____

Parentesco _____

Médico

Nombre _____

Cédula _____

Sello _____