

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE VASECTOMÍA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Vasectomía es una cirugía busca lograr la infertilidad masculina al interrumpir el paso de los espermatozoides desde los testículos a la uretra mediante la sección de los conductos deferentes. Se recomienda habitualmente como un método definitivo.

Se realiza a través de una cirugía escrotal (piel que recubre los testículos) por medio de una o dos incisiones que permiten identificar los conductos deferentes, los cuales se seccionan y se interpone tejido para que sus cabos no queden en contacto.

Es importante recalcar que su efecto de anticoncepción no es inmediato, ya que para lograr la infertilidad es necesario de que acaben o eliminan los espermios viables, lo cual va a depender del tiempo post operatorio y de las eyaculaciones posteriores. Solo se podrá retomar la actividad sexual sin utilizar algún método de anticoncepción, cuando el espermiograma post vasectomía confirme el éxito de la intervención. Esto ocurre en general, después de un promedio de 25 eyaculaciones, que es el número necesario para vaciar el tracto genital distal al sitio donde fue efectuada la sección del conducto deferente.

Constituye un método que no interfiere en el deseo sexual ni causa impotencia sexual (o disfunción eréctil).

La vasectomía es un método de esterilización permanente, sin embargo, existe una pequeña posibilidad (1 de cada 2000 operaciones) de que ocurra recanalización espontánea, es decir, el paso de los espermatozoides de un ducto para otro y así volver a ser eyaculados y el individuo permanece fértil y puede ocasionar un embarazo.

A pesar de poder intentarse una futura reversión de esta cirugía (vasectomía reversa), cuanto mayor el tiempo de interrupción de este conducto, menor es el índice de éxito en readquirir fertilidad.

Puede ser realizada con anestesia local, habitualmente más sedación, o llevará a cabo otro tipo de anestesia, de acuerdo a su evaluación pre anestésica.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones al plan quirúrgico o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Es también importante que usted sepa que, en ocasiones, como en el caso de una lesión vascular (lesión de un vaso sanguíneo), es posible que durante o después de la intervención sea necesaria en forma excepcional la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre).

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Hematoma, que puede ser manejado en forma conservadora o requerir reintervención quirúrgica.
- Complicaciones de herida operatoria: Equimosis (moretones) local, intolerancia a los materiales de sutura, infecciones de severidad variable
- Dolor testicular agudo.
- Semen con sangre (hematoespermia) en forma transitoria.
- Inflamación del epidídimo (epididimitis), con o sin comprometer el testículo (orquiepididimitis)
- Dolor testicular crónico (menos del 2% de los casos).
- Granuloma (reacción inflamatoria y aumento de volumen) adyacente a cabo de deferente seccionado
- Espermatocèle (quiste en cabo de conducto seccionado), y molestias eyaculatorias.
- Hidrocele (acumulación de líquido alrededor de los testículos)
- Recanalización espontánea de los conductos deferentes, con riesgo de recuperar la fertilidad.
- Reacciones alérgicas.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrices hipertróficas.

Si ocurre cualquiera de estas situaciones u otras no descritas, o si aún tiene alguna duda o problema deberá contactar a su médico y/o su equipo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Vasectomía** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE VASECTOMÍA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)