



## Información y Consentimiento Informado para biopsia testicular

<b>Nombre del procedimiento</b> Biopsia testicular	<b>Servicio de</b> Ginecología
<b>Nombre del Centro de Salud</b>	<b>Edad de la usuaria</b>
<b>Nombre del usuario</b>	<b>Nº de Identificación</b>
<b>Nombre del profesional que informa</b>	<b>Código profesional</b>
<b>Nombre del profesional que realiza el procedimiento</b>	<b>Código profesional</b>

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

### Descripción del procedimiento:

Esta técnica está indicada en pacientes azoospermicos (ausencia de espermatozoides en el eyaculado) según criterio médico. Existen dos tipos de azoospermia: Obstructiva, los espermatozoides se producen en los testículos normalmente, pero no pueden salir al exterior en el momento de la eyaculación porque hay una obstrucción en los conductos que impide su salida y la no obstructiva, los espermatozoides no se producen en los testículos. Puede ser por problemas hormonales o por daños a las células encargadas de producirlos. Dependiendo del tipo de azoospermia, se puede estimar el pronóstico de obtención de espermatozoides de los testículos y epidídimo (órgano que almacena los espermatozoides). Además puede ser necesario hacer algunos exámenes genéticos para poder informarle si el problema pudiera ser heredable. En ambos tipos de azoospermia, se puede intentar extraer espermatozoides de los testículos o los epidídimos para hacer inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI). Las técnicas para la obtención de espermatozoides son procedimientos ambulatorios que se realizan bajo anestesia.

### Objetivo y Beneficios esperables:

El objetivo de este procedimiento pretende establecer la existencia o no de esterilidad y llegar a un diagnóstico en el caso de que existan lesiones testiculares. Permite además la recuperación de espermatozoides de epidídimo o testículo, si los hubiera, y que estos puedan ser utilizados en técnicas de reproducción asistida de alta complejidad.

### Alternativas disponibles:

La fertilización in vitro realizada con espermatozoides obtenidos de biopsia testicular es la última alternativa de tratamiento de reproducción asistida, por lo que de no someterse a esta, las opciones son utilizar semen de donante o adopción.

### Consecuencias previsibles:

Producidas por la técnica quirúrgica: Las complicaciones más comunes son el dolor, hematoma o infección. Generalmente se pueden tratar sin necesidad de otra intervención.

### Riesgos más frecuentes:

En el caso de la biopsia testicular se puede presentar: Riesgo de **no recuperación de espermatozoides** o **riesgo psicológico**, pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional), por ansiedad y depresión tanto en el hombre como en la mujer, sobre todo si no se obtienen espermatozoides para realizar un procedimiento de fertilización in vitro.



**Riesgos más graves:**

son menos frecuentes como: Puede haber necesidad de una reintervención quirúrgica de urgencia, que incluye un riesgo de forma muy excepcional de pérdida de testículo.

**Riesgos personalizados:**

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas y sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

**Información de interés:**

Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con el procedimiento o no. Aceptar realizar el procedimiento o no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

**Dudas planteadas por el paciente:**

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

**Observaciones:**

**Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:**

Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

Entiendo que debido a las circunstancias en las que me encuentro (por enfermedad, por intervención o tratamiento médico que puede provocarme la esterilidad) deseo proceder a la congelación de mis óvulos, con el objetivo de que los mismos puedan ser utilizados en el futuro para constituir embriones que me puedan ser transferidos. Me han sido explicadas las dificultades para conseguir un embarazo más adelante con mis propios óvulos, debido a la condición que presento y que cuando sea de mi interés disponer de mis óvulos congelados me comprometo a ponerme en contacto con la Unidad o bien cada 5 años comunicar mi intención al respecto de los mismos.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta someterse al procedimiento recomendado?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha		Hora



_____	_____	_____
Nombre del representante legal	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora
<b>En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)</b>		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma      Identificación	Fecha

(Adaptado de: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Consentimientos. 2009)