



## BIOPSIA TESTICULAR CON FINALIDAD REPRODUCTIVA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D. \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
con DNI. /pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la ciudad de \_\_\_\_\_,  
calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_.

#### I.- ¿En qué consiste?

La biopsia testicular consiste en una intervención quirúrgica, que mediante una incisión única o múltiple, en uno o en ambos testículos, extrae una o varias porciones de tejido testicular, para proceder a su estudio e intentar obtener espermatozoides.

#### II.- ¿Cuándo está indicada?

Esta intervención está indicada ante la ausencia de espermatozoides en el eyaculado, o cuando la cantidad y/o calidad de los mismos es insuficiente para poder intentar, con cierta posibilidad de éxito, una técnica de reproducción asistida. El objetivo es conseguir espermatozoides vivos para inyectar uno en cada ovocito de la pareja, previa obtención de estos últimos mediante estimulación y punción ovárica.

También estará indicada en los casos de obstrucción de la vía seminal, que puede ser resultado de múltiples causas, tanto congénitas como adquiridas. Entre las congénitas destaca la ausencia de conductos deferentes, patología que con frecuencia se asocia con una enfermedad denominada fibrosis quística. Otras causas de obstrucción son las de origen infeccioso, traumático, o quirúrgicas (como tras la práctica de una vasectomía), aunque en otras muchas ocasiones no se logra detectar el origen de la obstrucción.

#### III.- Procedimiento

Esta intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia y en régimen ambulatorio. Se inicia mediante una pequeña incisión en el escroto, y a través de la misma se incide sobre la pared de uno de los testículos y se extrae una pequeña cantidad de pulpa testicular, que inmediatamente es procesada a fin de constatar la posible presencia de espermatozoides aptos para su uso reproductivo. En caso necesario, a través de esta incisión puede repetirse la biopsia en diversas zonas del mismo testículo. Si no se obtienen espermatozoides o no son suficientes, el cirujano podrá decidir la repetición del procedimiento en el otro testículo.

Con el fin de estudiar la situación funcional del testículo o el tipo de lesión presente en el mismo, se podrá remitir una parte del material obtenido en la biopsia para su estudio anatomopatológico o citogenético.

La biopsia testicular para obtención de espermatozoides puede hacerse de forma previa al tratamiento con fecundación in Vitro con ICSI o en el mismo día de la extracción de ovocitos. En el primer caso, sería preciso congelar los espermatozoides que pudieran obtenerse, y descongelarlos para su utilización posterior. La congelación espermática asociada a la biopsia previa puede deteriorar la calidad y supervivencia de algunos espermatozoides, pero permite tener mayor seguridad de que el procedimiento será viable, ya que permite conocer con anterioridad la presencia o no de gametos masculinos, sin afectar la probabilidad de gestación.

Antes de la intervención, será preciso la práctica de los análisis de sangre y de las pruebas biomédicas aconsejables en cada paciente, a fin de minimizar los posibles riesgos inherentes a la intervención. Entre las mismas se realizarán las pruebas serológicas pertinentes para

descartar la infección por lues, HIV, virus de hepatitis B y C, u otras enfermedades infecciosas transmisibles.

#### **IV.- Resultados**

La probabilidad de obtener espermatozoides varía notablemente en función de la situación clínica de cada paciente

#### **V.- Riesgos generales**

Las complicaciones de la biopsia testicular son poco frecuentes y generalmente leves. Sin embargo, como en cualquier otra intervención quirúrgica, pueden presentarse complicaciones anestésicas u operatorias, que excepcionalmente pueden ser graves.

Las complicaciones más frecuentes de la técnica quirúrgica son el dolor, el hematoma y la infección, que en situaciones extremas pueden hacer aconsejable el ingreso y/o la reintervención, pudiendo generar una esterilidad irreversible.

#### **VI.- Riesgos personalizados**

#### **VII.- Coste económico (si procede)**

He sido informado en presupuesto adjunto del costo económico de este procedimiento, siendo informado también de forma detallada del costo de cada una de sus fases, comprendiendo que en dicho presupuesto no se incluye ningún otro recurso terapéutico de reproducción asistida.

#### **VIII.- Aspectos legales**

El marco jurídico regulador de la reproducción humana asistida está constituido fundamentalmente por la Ley 14/2006 del 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Estas técnicas tienen como objetivo principal la solución de los problemas de esterilidad humana, para facilitar la procreación, cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces.

Por último, respecto a la posibilidad de tener un hijo póstumo con su material reproductor, hay que resaltar que en caso de fallecimiento sólo podrá determinarse legalmente la filiación si dicho material se encontrase en el útero de su esposa o pareja de hecho en la fecha de la muerte, excepto si hubiese prestado su consentimiento en el documento de consentimiento informado de las técnicas, en escritura pública, testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los doce (12) meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento con anterioridad a la realización de las técnicas.

**Una vez leído y comprendido el texto del documento de consentimiento informado de la biopsia testicular con finalidad reproductiva, he quedado informado de:**

- La indicación, técnica, procedimiento, riesgos generales y específicos en mi caso, complicaciones de éste procedimiento.
- Que la práctica de dicha biopsia no asegura la obtención de espermatozoides, siendo informado de las probabilidades en mi caso.
- Que el hecho de obtener y conservar espermatozoides, no presupone ninguna garantía de gestación mediante la aplicación de una técnica de microinyección espermática.
- Que el procedimiento puede ser cancelado en cualquier momento, bien por razones médicas, bien a petición mía.
- El coste económico de éste procedimiento.
- Comprometerme a notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación
- En caso de fallecimiento del paciente, se procederá a la destrucción inmediata de las muestras, salvo que existan las disposiciones legalmente válidas sobre su uso reproductivo post mortem especificadas en la Ley 14/2006 de 26 de mayo.

- La disposición del personal de este centro para ampliar cualquier aspecto de la información que yo solicite, o que no me haya quedado suficientemente claro.
- Ha comprendido el contenido de esta información, y tenido oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a su caso.

**DECLARO:**

Que me ha sido explicado que en mi situación y debido a la ausencia de espermatozoides en mi eyaculado o a la extremadamente baja calidad y/o cantidad de los mismos, se hace aconsejable el recurso a la biopsia testicular a fin de intentar lograr obtener espermatozoides y si procede crioconservar los mismos, para su posible uso en técnicas de reproducción asistida, que en mi caso sería necesariamente la denominada microinyección espermática o ICSI.

**AUTORIZO:**

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para que se me realice una biopsia testicular y a la crioconservación de los espermatozoides así obtenidos, en caso que sea procedente.

*El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.*

*Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro \_\_\_\_\_, pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.*

**NOTA:** La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus embriones podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas –armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, cierre de la Clínica etc.).

En.....a.....de.....de.....

Fdo. El/La Médico/a(Col.nº ) Firma  
DNI: .....

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

D. \_\_\_\_\_, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la calle/plaza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

Fdo. D. \_\_\_\_\_

Firma del Médico: