



## Información y Consentimiento Informado para preservación de fertilidad en la mujer

<b>Nombre del procedimiento</b> Preservación de fertilidad en la mujer	<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:

El proceso habitual comienza con la estimulación ovárica de la paciente para intentar conseguir la producción de múltiples folículos que permitan la obtención de un número adecuado de óvulos. La estimulación de los ovarios se realiza administrando medicamentos y hormonas inyectadas. Este tratamiento dura en promedio entre 10 y 12 días. Durante este período, se hace un seguimiento mediante ultrasonido (de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales) para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los folículos (estructuras que contienen los óvulos). Además se toman algunas muestras de sangre para medir los niveles hormonales. Cuando la mayoría de los folículos han alcanzado un tamaño adecuado, se inyecta otra hormona, que es la encargada de la maduración folicular. Alrededor de 36 horas después de esta inyección se inicia la siguiente etapa. La aspiración folicular consiste en obtener los óvulos del interior de los folículos. Se realiza mediante una punción del ovario, con una aguja que se introduce a través de la vagina y es guiada al interior de los folículos mediante ultrasonido. Este procedimiento es ambulatorio y requiere de anestesia por lo que debe presentarse en ayunas y después del procedimiento se traslada a sala de recuperación. Inmediatamente después de obtenidos los óvulos, son analizados y criopreservados en el laboratorio.

### Objetivo y Beneficios esperables:

El objetivo de este procedimiento es la preservación de los óvulos propios para su utilización futura en reproducción asistida.

### Alternativas disponibles:

Al tratarse de un proceso de preservación de fertilidad voluntaria por recomendación médica la alternativa es no realizarlo. Esto implicaría que existe la posibilidad de no poder embarazarse en un futuro con óvulos propios y tener que recurrir a óvulos donados u adopción.

### Consecuencias previsibles:

Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal leve (similar al que se siente con la menstruación) que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día, también puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta fiebre, dolor agudo o sangrado excesivo, debe informarle al médico de inmediato.

### Riesgos más frecuentes:

En el caso de la preservación de la fertilidad se puede presentar: **Síndrome de Hiperestimulación Ovárica leve**, es una respuesta exagerada del ovario al estímulo de la ovulación, en que el número de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado. Se caracteriza por dolor pélvico leve, inflamación abdominal, retención de líquido y aumento del tamaño de los ovarios. Su probabilidad está aumentada en mujeres jóvenes, delgadas o con síndrome de ovario poliquístico. Cuando se agrava, estos síntomas son muy severos y se requiere hospitalización. **Riesgo de**



**cancelación**, ante la sospecha de un síndrome de hiperestimulación ovárica. **Riesgo psicológico**, pueden surgir síntomas de hipersensibilidad emocional por el tratamiento hormonal.

#### Riesgos más graves:

Son menos frecuentes como: **Síndrome de hiperestimulación ovárica severo**, es una respuesta exagerada del ovario al estímulo de la ovulación, en que el número de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado. Se caracteriza por distensión del abdomen, dolor abdominal severo, náuseas, vómitos, ganancia de peso o deshidratación. También pueden producir alteraciones de la coagulación y de la función del riñón e hígado, acumulación de líquido en abdomen y/o tórax e incluso llevar a la muerte. Puede ser necesario utilizar el medicamento cabergolina, que ha demostrado disminuir el riesgo de presentar síndrome de hiperestimulación ovárica. La cabergolina puede generar reacciones tales como: náuseas y vómitos, dolor de cabeza, estreñimiento, cansancio, dolor abdominal, somnolencia, disminución de la presión con cambios de postura, depresión, ansiedad, vértigo, diarrea y/o flatulencias. Rara vez, se presentan reacciones severas como: psicosis, enfermedad de las válvulas del corazón, endurecimiento de la capa que recubre el corazón, los pulmones y órganos del abdomen. **Torsión ovárica**, el ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la inflamación abdominal, puede facilitar su torsión originando intensos dolores tipo cólicos. Es una emergencia que requiere atención inmediata. El tratamiento de esta situación es realizar una cirugía para valorar si es posible destorcer el ovario o extraerlo. Esta complicación se presenta en menos de un 1% de los casos. **Otras complicaciones**, asociadas a la aspiración folicular, son complicaciones de muy baja frecuencia (0.72%): sangrado por lesión a estructuras vecinas (ovario, intestino, vasos sanguíneos, pared vaginal) y/o torsión de los ovarios, las cuales pueden requerir de una cirugía de emergencia. Además podrían presentar: infección, formación de coágulos en las venas, reacción alérgica o complicaciones de la anestesia.

#### 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, no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que se generen de sus acciones u omisiones.

La tasa de los ovocitos que sobreviven luego de ser congelados va del 70 al 90%. La congelación de óvulos se realizará por el número de años correspondiente a la etapa reproductiva de la mujer. Debe someterse a un análisis médico, con historial de sus antecedentes personales y familiares, un examen físico y exámenes de laboratorio. Usted debe conocer que se pueden presentar eventos, daños y perjuicios que afecten a los embriones y gametos criopreservados; situaciones que no son responsabilidad de la CCSS, como consecuencia de un caso fortuito o fuerza mayor, entendiéndose como tal un imprevisto al cual no es posible resistir. A modo enunciativo y no limitativo se puede mencionar: terremotos, temblores, deslizamientos, inundaciones, huracanes, levantamientos populares o revoluciones bélicas de cualquier clase.

#### 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 (en caso de usuaria menor de edad)	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)