



## Formulario de Consentimiento Informado para donantes de óvulos

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Nombre del procedimiento</b> Donantes de óvulos         | <b>Servicio de Ginecología</b> |
| <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:

Una mujer nace con 2 millones de óvulos, pero sólo va a ovular unas 500 veces en su vida. En cada ciclo menstrual se maduran decenas de óvulos, pero se ovula solamente uno. Los demás óvulos que no maduran en ese ciclo son reabsorbidos y eliminados por el cuerpo y no pueden volver a utilizarse. Con la hiperestimulación ovárica controlada se estimula el crecimiento de más de un folículo (estructura que contiene un óvulo). Los óvulos resultantes pueden ser donados sin afectar la fertilidad de la donante. La estimulación ovárica controlada se realiza utilizando medicamentos y hormonas inyectadas. Este tratamiento dura en promedio entre 10 y 12 días. Durante este período, se hace un seguimiento por ultrasonido (de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales) para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos (estructuras de los ovarios que contienen los óvulos). Además, se toman algunas muestras de sangre para medir las hormonas que aumentan a medida que los folículos crecen. 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. No debe tener relaciones sexuales durante el proceso de estimulación y hasta dos semanas posterior a la captura ovocitaria.

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 en el laboratorio.

### Objetivo y Beneficios esperables:

El objetivo es extraer óvulos de una persona con la finalidad de donarlos a parejas o mujeres sin pareja con infertilidad, mujeres que no tienen ovarios o bien que los tenga y hayan perdido su función, o que la mujer padezca enfermedades genéticas que pudiera transmitir a sus hijos.

El beneficio directo que tiene la mujer donante de óvulos es que se le realiza un estudio completo de su fertilidad, que ofrece información muy valiosa sobre las posibilidades de ser madre. Además, se puede beneficiar a una mujer que recibirá los óvulos para su tratamiento de reproducción asistida.

### Alternativas disponibles:

Al tratarse de un proceso de donación voluntaria la alternativa es no realizar la donación, no tendrá ninguna consecuencia negativa si toma esa decisión.



### Consecuencias previsible:

Después de la aspiración folicular se puede presentar un dolor abdominal leve (similar al que se siente con la menstruación) que usualmente cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. Si se presenta fiebre, dolor severo o sangrado excesivo, debe acudir a su centro de salud más cercano.

### Riesgos más frecuentes:

En el caso de la estimulación ovárica controlada se puede presentar: **Síndrome de hiperestimulación ovárica leve**, es una respuesta exagerada del ovario a la estimulación 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 del tratamiento**, hay riesgo de cancelación del tratamiento por ausencia o exceso de respuesta de los ovarios y **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 a la estimulación, 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 se puede 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: 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.

Este acto implica una serie de aspectos éticos, biológicos y legales. Se mantendrá la confidencialidad de los donantes, pero no el anonimato. Lo anterior con la finalidad de cumplir con lo establecido en el Código de la Niñez y Adolescencia. Artículo 30: Los niños tienen derecho a conocer el origen de sus padres; "...Derecho a la vida familiar. Las personas menores de edad tendrán derecho a conocer a su padre y madre..." y en el Código de familia. Artículo 72: el cual establece que el donante no tiene ninguna obligación de filiación y paternidad.

Existen dos formas de ser donante de semen, **Donación confidencial**: Mujer que, sin tener problemas para tener hijos, desea ser donante de óvulos. La información es conservada en forma absolutamente confidencial por la Unidad donde se efectúa el tratamiento y **Donante conocido**: A diferencia de la condición anterior, la donante y la receptora se conocen.



Aun así, es necesario que cuente con soporte emocional por parte de un profesional, durante todo el procedimiento. La donante debe someterse a todos los estudios establecidos por la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad y la misma será excluido como donante si no cumple con alguno de los requisitos establecidos. Es prohibido ofrecer regalos y/o dinero al donante, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario.

#### 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.

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

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| ¿Ha donado óvulos en el pasado, en Costa Rica?   | (SI)  | (NO)  |
| ¿Tiene 4 o más hijos biológicos vivos?   | (SI)  | (NO)  |
| ¿Acepta realizar la donación de óvulos?  | (SI)  | (NO)  |
| ¿Acepta tomar el medicamento cabergolina en caso necesario?<br>*En caso negativo no puede someterse al procedimiento de donación.  | (SI)  | (NO)* |
| ¿Es usted donante conocida? (conoce a la receptora)<br>*En caso de marcar que sí, deseo donar mis óvulos a una única receptora:<br>Sra. _____<br><br>Cédula N° _____<br>En caso que se generen embriones a partir de mis óvulos donados y estos no puedan ser utilizados por la persona anteriormente mencionada, estos embriones entrarán al programa de donación de la CCSS, para ser utilizados por cualquier otra persona. | (SI)* | (NO)  |
| Acepta donar los óvulos no utilizados por lo receptora conocida, para otra mujer con infertilidad?   | (SI)  | (NO)  |



|   |       |                |
|---|-------|----------------|
| _____   | _____ | _____          |
| Firma o huella del usuario  | 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<br>_____. |       |                |
| _____   | _____ | _____          |
| Nombre del usuario  | Firma | Identificación |
|   |       | Fecha          |

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