Consentimiento Informado para Inseminación intrauterina

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre de la persona usuaria	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	

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

Descripción del procedimiento: consiste en colocar espermatozoides dentro del útero con el fin de que los mismos fecunden óvulos dentro del cuerpo de la mujer. Para ello se utiliza un delgado tubo de plástico muy suave llamado catéter que permite depositar los espermatozoides dentro del útero. Este es un procedimiento ambulatorio que se realiza sin necesidad de anestesia y dura alrededor de 15 minutos.

Quince días después de la inseminación intrauterina, se realiza una prueba de embarazo. Si es positiva, se hace un ultrasonido transvaginal veintiún días después para visualizar el saco gestacional dentro del útero.

Al día siguiente de la inseminación, debe comenzar a usar la hormona progesterona vía vaginal para favorecer la implantación del óvulo fecundado y el mantenimiento del embarazo. La progesterona se administra diariamente hasta la detección del embarazo. Si se confirma el embarazo, la progesterona se continúa hasta las 10 semanas.

Objetivo y beneficios esperables: aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en parejas o mujer sin pareja con infertilidad. La probabilidad de conseguir un embarazo con este procedimiento es de aproximadamente un 15%.

Alternativas disponibles: podría optar relaciones programadas, pero esta no es mejor para aumentar la posibilidad de embarazo.

Si el tratamiento no tiene éxito, se pueden considerar las siguientes opciones:

- Realizar otros intentos, con o sin cambios en el tratamiento.
- Realizar exámenes específicos para entender mejor el caso particular.
- Aumentar la complejidad de las técnicas utilizadas, como la fertilización in vitro (FIV) o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

Consecuencias previsibles: después del procedimiento, algunas mujeres pueden tener un ligero sangrado. Esto es normal y no debe ser motivo de preocupación.

Riesgos frecuentes: se puede presentar:
Riesgos relacionados con la estimulación ovárica controlada:

- **Embarazo múltiple:** la probabilidad de tener un embarazo múltiple con la inseminación intrauterina (IIU) es mayor que con otras técnicas, ya que no se puede controlar el número de embriones que se forman. Las complicaciones aumentan con el número de fetos e incluyen parto prematuro, preeclampsia (hipertensión durante el embarazo), diabetes gestacional, retraso del crecimiento intrauterino, parálisis cerebral infantil, muerte, complicaciones durante el parto (desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, hemorragia postparto, cesárea), entre otras.
- **Embarazo ectópico:** es la implantación del óvulo fecundado fuera del útero. Este diagnóstico se puede hacer alrededor de 21 días después de la IIU, cuando se puede ver el saco gestacional por

ultrasonido. Esta complicación ocurre en el 1-2% de la población general, pero en los ciclos de IIU aumenta al 4%, probablemente debido a enfermedades previas en las trompas de Falopio. El embarazo ectópico debe ser tratado de inmediato por indicación médica.

- **Riesgo de cancelación:** puede ser necesario cancelar el tratamiento si se sospecha un síndrome de hiperestimulación ovárica.
- **Embarazos bioquímicos:** a veces, una prueba de embarazo puede ser positiva, pero el embarazo no progresa normalmente y se detiene, por lo que no se detecta por ultrasonido a los 21 días.

Riesgos graves: son menos frecuentes como: el porcentaje de malformaciones de los recién nacidos producto de IIU no es mayor que el de la población general. En la información publicada a nivel mundial y latinoamericana, el porcentaje de malformaciones no superan 2 a 2.4% de los nacidos examinados.

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: es importante que conozca la siguiente información:

- Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto continuar con el procedimiento o no.
- Aceptar realizar el procedimiento, no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que se generen de sus acciones u omisiones.
- Existen condiciones que afectan las probabilidades de embarazo como: la calidad de los gametos, de los embriones que se forman y la edad de la mujer. Por ello, la probabilidad de embarazo es mayor a menor edad.
- Es requisito que las trompas de la mujer se encuentren permeables (libres de obstrucciones que impidan a los espermatozoides pasar hasta donde están los óvulos en la trompa).

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 dado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento o intervención propuesta?		**(SI) (NO)**
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma o huella de la pareja (si procede)	_____ Fecha	_____ Hora

Firma del profesional que informa	Fecha	Hora

Si quien otorga el consentimiento informado no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital y aportar dos testigos (as) que hablen su mismo idioma, quienes deben registrar su firma en el siguiente apartado.

Asimismo, quienes deleguen de manera libre y manifiesta su derecho a consentir en otra persona vinculada a ella por consanguinidad o afinidad, deben hacerlo frente a dos testigos, quienes deberán registrar su firma en el siguiente apartado.

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta

Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán de utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
Nombre del usuario o del representante (si procede)	Firma o huella	Identificación	Fecha