

Consentimiento Informado para la aspiración folicular y preservación de óvulos

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: la preservación de óvulos comienza con la administración de medicamentos hormonales para estimular los ovarios lo que permite la producción de múltiples óvulos. Este tratamiento tiene una duración promedio de 10 y 12 días. Cuando los óvulos están listos, se extraen con una aguja guiada por ultrasonido. Inmediatamente después de obtenidos los óvulos, son analizados y se congelan rápidamente (criopreservados) en el laboratorio. Estos óvulos pueden guardarse por mucho tiempo y usarse más adelante en tratamientos de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

Objetivo y beneficios esperables: el objetivo de este procedimiento es preservar los óvulos propios para tratamientos futuros de reproducción asistida. Entre los beneficios esperables se encuentra la posibilidad de utilizar los óvulos preservados en el momento que lo decida, lo que aumenta las oportunidades de lograr un embarazo en el futuro.

Alternativas disponibles: este es un procedimiento voluntario. Si decide no hacerlo, existe la posibilidad de que en el futuro no pueda lograr un embarazo con sus propios óvulos y necesite usar óvulos donados o considerar la adopción.

Consecuencias previsibles: tras la aspiración folicular se puede presentar un dolor abdominal leve (similar al que se siente con la menstruación), que suele ceder con analgésicos y desaparece el mismo día.

Riesgos frecuentes: 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 al 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 procedimiento:** el procedimiento podría cancelarse si existe sospecha de síndrome de hiperestimulación ovárica, una reacción exagerada a los medicamentos usados para estimular los ovarios.
- **Riesgo psicológico,** pueden surgir síntomas de hipersensibilidad emocional, como cambios de ánimo, irritabilidad, ansiedad, tristeza o llanto fácil. Estos efectos son temporales y varían en intensidad según cada persona.

Riesgos graves: son menos frecuentes como:

- **Síndrome de hiperestimulación ovárica severo:** es una respuesta exagerada del ovario al tratamiento para estimular la ovulación. Esto provoca que se desarrollen más folículos de los deseados. Los síntomas incluyen distensión abdominal, dolor severo, náuseas, vómitos, aumento de peso o deshidratación. También puede afectar la coagulación y la función de los riñones y el hígado, acumular líquido en el abdomen y/o tórax, y en casos graves, puede ser mortal. Si hay embarazo, puede haber complicaciones que requieran interrumpirlo (aborto terapéutico) según criterio médico. Se puede usar el medicamento



cabergolina para reducir el riesgo de este síndrome, aunque puede causar efectos secundarios como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, estreñimiento, cansancio, dolor abdominal, somnolencia, baja presión al cambiar de postura, depresión, ansiedad, vértigo, diarrea y/o gases. En raras ocasiones, puede causar psicosis, problemas en las válvulas del corazón o endurecimiento de las membranas que recubren el corazón, pulmones y órganos abdominales.

- **Torsión ovárica:** un ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar su tamaño normal, lo que aumenta su peso y puede causar su torsión, provocando dolor intenso. Es una emergencia que requiere cirugía inmediata para intentar deshacer la torción, recolocar o extraer el ovario. Esta complicación ocurre en menos del 1% de los casos.
- **Otras complicaciones:** asociadas a la aspiración folicular, son muy raras (0.72%) e incluyen sangrado por lesión de estructuras cercanas (ovario, intestino, vasos sanguíneos, pared vaginal) y/o torsión de los ovarios, que pueden requerir cirugía de emergencia. También pueden presentarse infecciones, coágulos en las venas, reacciones alérgicas 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 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.
- Debe someterse a un análisis médico, con historial de sus antecedentes personales y familiares, un examen físico y exámenes de laboratorio.
- Entre el 70 y el 90% de los óvulos sobreviven luego de ser congelados. La congelación de óvulos se realizará por los años correspondiente a su etapa reproductiva. Una vez finalizada esa etapa, podrá decidir entre donarlos a otras personas con fines reproductivos, donarlos para investigación científica o autorizar su descarte. En cualquiera de estos casos, se requerirá su consentimiento informado, el cual deberá otorgarse de forma expresa, libre y voluntaria.
- Usted debe conocer que se pueden presentar eventos, daños y perjuicios que afecten a los óvulos criopreservados; situaciones que no son responsabilidad de la gestión CCSS, ya que se consideran casos fortuitos o de fuerza mayor. Algunos ejemplos de estas situaciones incluyen: terremotos, temblores, deslizamientos, inundaciones, huracanes, conflictos sociales o guerras. Estos son eventos que no pueden preverse ni evitarse, y que podrían dañar o destruir los óvulos criopreservados.

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 recomendado?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	

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

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán 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

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