

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,.....con diagnóstico de.....,habiéndosenos explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la criopreservación de ovocitos, por la presente autorizamos al **Dr./a**y a su equipo, a criopreservar en un banco autorizado los ovocitos que me serán extraídos el día.....en
2. El procedimiento enunciado en el punto precedente me ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo su naturaleza y consecuencias, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 2.1.1 La Criopreservación (congelación y verificación) de ovocitos puede ayudar a mujeres que tienen cáncer y que por ello recibirán tratamientos que pueden tener efecto dañino para su fertilidad (quimioterapia, radioterapia, combinación de ambas, o cirugías). Otras posibles indicaciones serían enfermedades no malignas que obliguen a aplicar el mismo tipo de tratamiento o que por sí mismas puedan lesionar las células de los ovarios que producen los ovocitos. Finalmente, que la mujer haya producido muchos más ovocitos de lo que es recomendable inseminar.
 - 2.1.2 La criobiología es el estudio de los procesos de congelación de células y tejidos. Estos procedimientos han permitido la conservación de células y tejidos por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente, sus propiedades biológicas una vez descongeladas. A pesar de todos los cuidados que se toman, no todos los ovocitos sobrevivirán una vez que se descongelan, como tampoco se puede asegurar que fecunden o resulten en un embarazo.
3. Las etapas del procedimientos son las siguientes:
 - 3.1 **Estimulación ovárica controlada:** Consiste en la estimulación de los ovarios mediante el uso de fármacos cuya acción es similar a la de ciertas hormonas producidas por la mujer. La finalidad del tratamiento es la de obtener el desarrollo de uno o varios folículos, en cuyo interior se encuentran los ovocitos. El procedimiento de estimulación ovárica se controla mediante ecografías vaginales que informan el número y tamaño de los folículos en desarrollo, complementadas en ocasiones con ciertas determinaciones hormonales. Una vez obtenido el desarrollo adecuado, se administran otros medicamentos para lograr la maduración final de los ovocitos, posterior a lo cual se programa la aspiración folicular.
 - 3.2 **Aspiración folicular:** Consiste en obtener los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja fina que se introduce a través de la vagina y es guiada al interior de los folículos mediante ecografía. Este es un procedimiento ambulatorio que requiere de anestesia.
 - 3.3 **Criopreservación de los óvulos recuperados:** Los ovocitos son colocados en una solución especial que protege de posibles daños conocidos por la criopreservación (compuestos crioprotectores). Esto se enfría en un aparato especial que controla cuidadosamente la congelación. Posteriormente se transfieren a tanques especiales que los mantienen a temperaturas muy bajas (casi -200°C). Los ovocitos pueden permanecer criopreservados por años. Posteriormente pueden fecundarse por medio de inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI).
4. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimientos son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
 - 4.1 **Síndrome de hiperestimulación ovárica:** En ocasiones la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrolla un gran número de folículos, aumenta el tamaño del ovario y se eleva considerablemente la cantidad de estradiol en sangre. Además, el desarrollo de este síndrome tiene relación con la administración del fármaco necesario para la maduración final

de los ovocitos (HCG) y la consecución del embarazo. Se clasifica en leve, moderada y severa, siendo esta última excepcional (menos de un 2%) y se caracteriza por acumulación de líquido en el abdomen e incluso en el tórax, así como por alteraciones de la función renal y/ o hepática. En casos críticos se puede asociar a insuficiencia respiratoria o alteraciones de la coagulación.

- 4.2 **Torsión ovárica:** El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño del ovario normal. El peso aumentado y la inflamación abdominal, puede facilitar su torsión originando intensos dolores o cólicos. Puede ser una emergencia médica que requiere atención inmediata. El tratamiento de esta situación es quirúrgico, para destorcer el ovario, o en muy pocos casos extirparlo. Esta complicación se presenta en menos de un 1% de los casos.
- 4.3 **Complicaciones de la aspiración folicular:** Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal leve que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Menos frecuentemente puede presentarse hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pelviana (absceso tubo ovárico), sangrado ovárico y finalmente de las estructuras vecinas tales como intestino.
5. Los ovocitos criopreservados se mantendrán en tal condición por un plazo de cinco años.
6. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el profesional interviniente, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el profesional, o quien él designe, realice los controles necesarios en el período post-procedimiento.-
7. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas puntualizándoseme la siguiente: criopreservar tejido ovárico (que es una técnica más experimental, con menos experiencia en el mundo en sus resultados).
8. En la consulta médica he declarado no padecer enfermedades congénitas, hereditarias transmisibles que puedan dar lugar a riesgo grave para la posible descendencia.
9. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y se me ha advertido que la negativa a su realización no implica un riesgo para mi salud.
10. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará el tratamiento, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-
11. La firma del presente documento no me compromete en forma definitiva, por lo que estoy en conocimiento que puedo retirar o modificar el mismo antes del procedimiento, por cualquier motivo. Sin embargo, si existiese un cambio de opinión respecto al tratamiento, me hago responsable de informar fehacientemente al centro el tenor y alcance de las nuevas decisiones.
12. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....