



---

## CONSENTIMIENTO PARA FIV CON TRANSFERENCIA DE EMBRIONES

Yo, \_\_\_\_\_, he solicitado un tratamiento de parte de los médicos y el personal de Women & Infants Fertility Center (WIFC) con el propósito de intentar quedar embarazada. Doy mi consentimiento a los médicos y personal de WIFC ("equipo de FIV") para realizar procedimientos de fecundación in vitro (FIV) en mí con el propósito detallado en este documento a continuación.

### Introducción a la fecundación in vitro (FIV)

La FIV es un proceso a través del cual se estimula el crecimiento de los óvulos en los ovarios y los óvulos resultantes se obtienen y fertilizan con el espermatozoide en el laboratorio. El propósito de este consentimiento es describir un ciclo de FIV que normalmente incluye los siguientes pasos o procedimientos:

- A) Medicamentos para generar el crecimiento de múltiples óvulos
- B) Obtención de óvulos de los ovarios
- C) Inseminación de óvulos con espermatozoides
- D) Cultivo y crioconservación (congelamiento) de cualquier óvulo fecundado resultante (embriones)
- E) Colocación ("transferencia") de uno o más embriones en el útero
- F) Tratamiento de revestimiento del útero con hormonas para permitir y mantener el embarazo.

Estos pasos se describen más detalladamente a continuación.

### Medicamentos (hiperestimulación), control y pruebas de sangre

Me han explicado el uso de "medicamentos para la fertilidad", como píldoras anticonceptivas orales, agonistas de GnRH, gonadotropinas, antagonistas de GnRH, gonadotropina coriónica humana (hCG), progesterona, estradiol, letrozol y antibióticos, y sus respectivos riesgos y efectos secundarios. Entiendo que algunos de estos medicamentos pueden usarse "fuera de lo indicado" (no aprobado por la FDA para este uso). Soy consciente de que algunos de estos medicamentos deben autoadministrarse en el hogar mediante inyecciones intramusculares o subcutáneas y pueden causar hematomas o malestar en el lugar de inyección.

Entiendo que pueden surgir complicaciones como resultado del uso de medicamentos para la fertilidad. Las complicaciones por tomar estos medicamentos incluyen, sin limitación:

- infección
- agrandamiento de los ovarios y/o hiperestimulación\*
- daño a los ovarios
- reacción adversa o alérgica al medicamento
- muy raramente, coágulos de sangre, accidente cerebrovascular, paro cardíaco y/o muerte

Mi médico me ha explicado y entiendo que el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) puede ser

un riesgo o complicación grave por tomar medicamentos para la fertilidad. Los síntomas del SHO incluyen aumento del tamaño de los ovarios, torsión ovárica (retorcimiento de los ovarios), náuseas y vómitos, acumulación de líquidos en el abdomen, dificultades respiratorias, aumento de concentración de glóbulos rojos, problemas renales y hepáticos, y en los casos más graves, coágulos de sangre, insuficiencia renal o la muerte. En los casos más graves de SHO, es posible que las complicaciones severas exijan hospitalización e intervención médica.

Reconozco la importancia de mantener un estrecho contacto con el equipo de FIV durante el período que reciba estos medicamentos y por un mínimo de dos (2) semanas posteriores. Durante la toma de cualquiera de los medicamentos mencionados anteriormente, el equipo de FIV controlará mi estado de salud mediante pruebas de sangre y ecografías. Este control puede efectuarse diariamente y conlleva el riesgo de malestar leve y hematomas en el lugar de venopunción (extracción de sangre).

Soy consciente de que se realizarán ecografías transvaginales y que dicho procedimiento posiblemente provoque ciertas molestias. Si los controles sugieren una baja probabilidad de obtención exitosa de óvulos, es posible que mi ciclo de estimulación se detenga y no se lleve a cabo la obtención de óvulos. Alternativamente, si mi médico considera que estoy en riesgo de padecer SHO grave, es posible que los medicamentos de estimulación deban interrumpirse y el ciclo se cancele, o los óvulos o embriones se crioconservarán (se congelarán) y se transferirán en otra fecha posterior.

### **Obtención de ovocitos (óvulos) por vía transvaginal**

La obtención de ovocitos (óvulos) es la extracción de óvulos de los ovarios a través del uso de una sonda de ecografía transvaginal y una aguja. En una fecha determinada por el equipo de FIV, ingresaré en el Women & Infants Fertility Center como paciente ambulatoria. Si es necesario el uso de anestesia para la obtención de óvulos, firmaré un formulario de consentimiento de anestesia por separado el día del procedimiento. Excepcionalmente, no se puede acceder a los ovarios mediante la vía transvaginal y debe realizarse una obtención transabdominal.

Los riesgos de la obtención de óvulos incluyen, por ejemplo:

- **Infección:** Las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina pueden transferirse accidentalmente a la cavidad abdominal a través de la aguja y pueden causar una infección del útero, trompas de Falopio, ovarios y otros órganos intrabdominales. Es posible que el tratamiento de la infección exija el uso de antibióticos orales o intravenosos. Las infecciones graves ocasionalmente requieren cirugía para eliminar el tejido infectado. Las infecciones pueden afectar de manera negativa la fertilidad.
- **Sangrado:** Es común perder pequeñas cantidades de sangre durante la obtención de óvulos. Las hemorragias graves pueden exigir reparación quirúrgica. La necesidad de transfusiones de sangre es poco frecuente; sin embargo, en raras circunstancias, un sangrado no reconocido puede provocar la muerte.
- **Trauma:** A pesar del uso de orientación mediante ecografía, es posible que los órganos o las estructuras dentro del abdomen se dañen. Las lesiones en los órganos internos o estructuras

pueden generar una necesidad de tratamiento adicional, por ejemplo, admisión al hospital, transfusión de sangre o cirugía.

Entiendo que no hay garantías de que se obtengan óvulos durante este proceso. Si no se obtiene ningún óvulo, comprendo que no quedaré embarazada durante este ciclo.

Tras la obtención de los óvulos, es posible que experimente un leve malestar abdominal y/o leve sangrado vaginal. Entiendo que si experimento un dolor abdominal grave, sangrado profuso o temperaturas de más de 100.5 °F, debo ponerme en contacto con el WIFC de inmediato. En el caso de experimentar una verdadera emergencia médica, comprendo que debo llamar al 911 o dirigirme directamente al departamento de emergencias más cercano.

### **Fecundación de los óvulos con espermatozoides**

Entiendo que tras la obtención exitosa de los óvulos, el personal de embriología evaluará y preparará dichos óvulos para el proceso de fecundación. La fecundación se logra a través de la inseminación (colocación del espermatozoide en el óvulo) o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, inyección de un solo espermatozoide en el óvulo).

- Si se utiliza esperma congelado, se exigen consentimientos adicionales.
- También es necesaria una autorización para el almacenamiento y uso de esperma congelado para el laboratorio.

Soy consciente de que mi médico o el personal de embriología toman la decisión de proceder con inseminación o ICSI. Esta decisión se basa en función de la calidad de los espermatozoides y/u óvulos y/o la cantidad disponible para fecundación. La ICSI solo se realiza después de que se firma el formulario de consentimiento adicional.

### **Transferencia de embriones**

Durante la transferencia de embriones, los embriones se colocan en mi útero. La transferencia de embriones normalmente se realiza mediante guía con ecografía, sin anestesia. Si es necesario el uso de anestesia, firmaré un formulario de consentimiento de anestesia por separado el día del procedimiento.

Entiendo que la transferencia de un embrión hacia la cavidad uterina puede causar calambres, malestar y, posiblemente, un poco de sangrado. También existe el riesgo de infección, el cual puede exigir un tratamiento con antibióticos.

Soy consciente de que el resultado de la FIV se correlaciona con la cantidad y calidad de embriones transferidos en el útero. Entiendo que la transferencia de más de un embrión me expone a un riesgo de múltiples gestaciones (más de un bebé) y que la gravedad de este riesgo se correlaciona directamente con la cantidad de embriones transferidos.

Los riesgos de múltiples gestaciones incluyen, por ejemplo:

- parto prematuro y parto de bebés prematuros que posiblemente requieran cuidados intensivos y tengan complicaciones a largo plazo asociadas con la prematuridad

- diabetes gestacional
- preeclampsia (un aumento peligroso de la presión arterial durante el embarazo)
- aborto espontáneo

Comprendo que la política de WIFC es limitar la cantidad de embriones transferidos de acuerdo con la edad materna y la calidad de los embriones. Mi médico me ha explicado que el propósito de esta política es maximizar la probabilidad de embarazo y simultáneamente reducir la tasa de gestaciones múltiples. Entiendo que cualquier embrión viable restante puede congelarse o almacenarse para una posible transferencia en un ciclo posterior. Si deseo congelar o almacenar mis embriones, deberé firmar un formulario de consentimiento adicional.

La transferencia de embriones no se realiza cuando no hay embriones aptos. Esto ocurre cuando no se obtiene ningún óvulo, los óvulos no se fertilizan o los embriones no se desarrollan normalmente. Si la transferencia de embriones no se lleva a cabo, entiendo que no quedaré embarazada en ese ciclo.

### **Manejo posterior a la transferencia**

En un intento por aumentar las probabilidades de una implantación exitosa, el manejo posterior a la transferencia incluye terapia hormonal (*por ejemplo*, progesterona) ya sea por inyección intramuscular, que puede causar hematomas o malestar en el lugar de inyección, o supositorios vaginales. Mi médico ha revisado los riesgos y efectos secundarios de este medicamento. Tomaré este medicamento hasta que mi médico o enfermera me indiquen lo contrario.

Entiendo que no hay garantías de que se produzca un embarazo como resultado del tratamiento. Mi médico ha hablado conmigo sobre la posibilidad de un resultado exitoso.

Entiendo que los embarazos como resultado de la FIV están sujetos a los mismos riesgos y complicaciones que los embarazos logrados sin intervención médica, incluido, sin limitación, lo siguiente:

- embarazo ectópico (embarazo fuera del útero y potencialmente mortal)
- parto prematuro
- embarazo con defectos congénitos
- aborto espontáneo
- muerte fetal

Reconozco que el equipo de FIV no puede garantizar la salud de ningún bebé como resultado de este procedimiento.

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR  
WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DOB OR MR #: \_\_\_\_\_

**Material desechado (paciente y pareja, según corresponda, para colocar sus iniciales a continuación)**

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
iniciales de la      iniciales de la  
paciente              pareja

Con la esperanza de ayudar a otros, dono para fines de enseñanza o investigación cualquier material biológico no utilizado, incluido el líquido folicular, esperma, óvulos inmaduros y/o no fertilizados, embriones anormales y/o detenidos (aquellos que dejaron de desarrollarse), que de lo contrario se desecharía sistemáticamente. Entiendo que no se generarán nuevos embarazos mediante el uso de este material. Comprendo que aceptar esta donación no implica ningún riesgo adicional. También entiendo que puedo rehusarme a donar este material y el tratamiento proporcionado no se verá afectado.

Mis limitaciones son las siguientes: \_\_\_\_\_

**Disposiciones generales de consentimiento de FIV**

Entiendo que las listas de riesgos y complicaciones relacionados con los procedimientos anteriores no están completas y que mi médico me ha explicado que existen otros riesgos imprevistos y que posiblemente sean necesarios procedimientos adicionales. Doy mi consentimiento para los procedimientos que mi médico considere necesarios.

El equipo de FIV me ha explicado las opciones alternativas a la FIV y los riesgos y beneficios de estas opciones alternativas, incluidos los procedimientos que el WIFC no realiza y otras opciones no médicas, como la adopción o no llevar a cabo el tratamiento, y las comprendo.

Entiendo que las evaluaciones, incluidas las pruebas de VIH y hepatitis, se realizarán como parte rutinaria del proceso de FIV. Es posible que también deban llevarse a cabo otros estudios indicados por antecedentes médicos o antecedentes familiares.

Entiendo que es posible que necesite una transfusión de sangre como resultado de estos procedimientos. Entiendo que las transfusiones de sangre se realizan de manera rutinaria con sangre donada por donantes voluntarios y que si el tiempo y mi condición lo permiten, tendré la opción de hacer que familiares donen sangre para mí. Entiendo que existen complicaciones imprevistas asociadas con las transfusiones, incluidas, sin limitación, las enfermedades transmitidas por transfusión (VIH, sida), reacciones alérgicas, escalofríos, fiebre, problemas cardíacos, pulmonares o hepáticos, o incluso la muerte. Los riesgos y beneficios asociados con las transfusiones sanguíneas se han discutido conmigo. Reconozco que las alternativas al tratamiento de transfusión de sangre se han discutido conmigo.

Reconozco que los médicos del Women & Infants Fertility Center solo están a cargo del manejo de mi infertilidad y que soy responsable de obtener mi atención médica y ginecológica general a través de otros médicos.

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR  
WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DOB OR MR #: \_\_\_\_\_

Entiendo que el Women & Infants Hospital es un hospital docente donde es posible que los miembros, residentes y estudiantes avanzados de medicina y enfermería observen o realicen FIV y sus procedimientos relacionados bajo la supervisión directa de profesionales autorizados de programas de enseñanza acreditados.

Doy mi consentimiento para tomar fotografías, grabar videos y/o hacer ilustraciones de mis procedimientos, óvulos, embriones, etc. y otros problemas médicos para fines educativos, científicos o de diagnóstico, siempre y cuando no se revele mi identidad.

Acepto notificar al Women & Infants Fertility Center del nacimiento de cualquier bebé como resultado de los procedimientos de FIV.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que nadie me ha dado garantías ni promesas en cuanto a los resultados de mi tratamiento. Entiendo que el equipo del Women & Infants Fertility Center realiza los procedimientos mencionados anteriormente y que es posible que mi médico principal no lleve a cabo dichos procedimientos.

Reconozco que me han explicado este formulario y entiendo su contenido. Entiendo que este consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de su firma y que completaré un formulario de consentimiento específico con cada ciclo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas se han respondido de forma satisfactoria.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR  
WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DOB OR MR #: \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo de la pareja (según corresponda):**

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Pareja)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Pareja)

**Acuse de recibo del proveedor:**

Confirmo que la paciente ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Proveedor)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Proveedor)

**Acuse de recibo del intérprete (según corresponda):**

Confirmo que la paciente ha brindado su consentimiento según lo descrito anteriormente.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Intérprete)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Intérprete)

**Para el acuse de recibo de la pareja (si no ha firmado en el WIFC)**

ESTADO DE \_\_\_\_\_

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Compareció ante mí la persona mencionada arriba \_\_\_\_\_ y juró  
debidamente bajo pena de perjurio lo mencionado anteriormente como su libre acto y acción el \_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

NOTARIO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

NOMBRAMIENTO VÁLIDO HASTA: \_\_\_\_\_