

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTIMULACION OVARICA CONTROLADA (EOC)

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

EDAD _____ DOMICILIO _____ TEL _____

NOMBRE DE LA PAREJA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

Cobertura.- Por el presente se me/nos informa que el procedimiento al que refiere este documento se realiza bajo cobertura total o parcial del Fondo Nacional de Recursos en las condiciones sobre libre elección de Clínica y sistema de co-pago que me/nos fueron comunicados y respecto de los cuales firmé/firmamos los correspondientes formularios.

Estoy en conocimiento que el Fondo Nacional de Recursos financiará hasta tres ciclos de Fertilización In Vitro/ Intento en técnica de alta complejidad. Cada uno de ellos incluye un ciclo de estimulación ovárica controlada, hasta tres transferencias embrionarias. En cada transferencia embrionaria se podrán transferir hasta dos embriones y excepcionalmente tres embriones.

Respecto a la EOC se pueden presentar las siguientes eventualidades:

- Que se aplique la hormona gonadotropina coriónica (HCG). En este caso se considera que esta etapa se realizó en su totalidad por lo que se trata de un CICLO /INTENTO COMPLETO. El INTENTO se considera COMPLETO cuando se realiza la aplicación de HCG
- Que se cancele el procedimiento en alguna de las etapas antes de indicar la HCG, (por constatar la presencia de un folículo residual, falla de estimulación, baja respuesta, hiperestimulación). A los efectos de la ley vigente, en este caso se considera que no se completó el ciclo y por lo tanto NO se trata de un INTENTO COMPLETO.
- En aquellos casos en que la cancelación sea por causa no médica el INTENTO se considerará COMPLETO a los efectos de su cobertura financiera por el FNR.

Objetivo

Durante un ciclo de ovulación espontánea, sólo un óvulo es producido y tiene la oportunidad de ser fecundado. El objetivo de la estimulación ovárica controlada (EOC)

es conseguir un mayor número de óvulos para aumentar la probabilidad de lograr un embarazo. Se requieren varios óvulos porque algunos podrían tener alteraciones cromosómicas que pueden impedir el embarazo. La frecuencia de alteraciones cromosómicas aumenta con la edad de la mujer.

Explicación

Existen diferentes protocolos de estimulación ovárica. La elección del mismo lo hará el médico especialista en reproducción humana asistida teniendo en cuenta las características de la paciente.

Se realiza por medio de medicación hormonal. Los medicamentos más usados son las dos hormonas (gonadotrofinas) con que la hipófisis normalmente estimula al ovario: hormona folículo-estimulante (FSH), gonadotrofina menopáusica humana (HMG) y hormona luteinizante (LH) que se usan solas o combinadas.

En esta etapa se bloquean las descargas de FSH y LH desde la hipófisis de la mujer, a través, de agonistas o antagonistas de factores hipotalámicos (GnRH), que se administran durante algunas semanas. Durante este período, se hace un seguimiento ecográfico para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los folículos. Además se toman algunas muestras de sangre para medir el nivel de estradiol, una hormona que aumenta a medida que los folículos crecen.

Cuando la mayoría de los folículos han alcanzado un tamaño adecuado, se administra la hormona gonadotrofina coriónica (HCG) que tiene por finalidad terminar la maduración folicular. Alrededor de 36 horas post-administración de HCG se realiza la aspiración folicular.

Beneficios

En el 90% de las mujeres que se someten a este tratamiento se consiguen varios óvulos, y sólo un 10% responde mal o no responde.

Riesgos, molestias y efectos secundarios

1.- Molestias en general.

A veces los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo o inflamación abdominal. Sin embargo, si se llegan a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico especialista en reproducción de la Clínica de Fertilidad.

2.- Embarazo múltiple.

El porcentaje de embarazo múltiple está relacionado con el número de embriones transferidos.

La posibilidad de complicaciones (parto prematuro, enfermedades como la parálisis cerebral infantil, o la muerte) para la madre y los hijos aumenta a mayor número de fetos.

3.- Síndrome de hiperestimulación ovárica.

Una complicación rara (5 % de los casos) pero que puede llegar a ser grave es el síndrome de hiperestimulación ovárica. 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 por retención de líquido, y un aumento del tamaño de los ovarios. Su probabilidad está aumentada en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico. Cuando se agrava, estos síntomas son muy severos y se requiere hospitalización. Pueden

producirse alteraciones de la coagulación y de la función renal, deshidratación, acumulación de líquidos en abdomen y tórax. Este síndrome se puede prevenir usando dosis bajas de hormonas, y haciendo un seguimiento adecuado (exámenes de hormonas y ecografías). La clave del control del síndrome es su detección en la fase temprana. Si no se atiende a tiempo, en muy raras ocasiones puede llegar a ocasionar la muerte. Si hay embarazo puede haber complicaciones para la madre que hagan necesario interrumpir esa gestación.

4.- 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 o cólicos. Puede ser una emergencia médica que requiere atención inmediata. El tratamiento de esta situación es quirúrgico. Esta complicación se presenta en menos de un 1% de los casos.

5.- Riesgo psicológico.

Pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional), por síntomas de ansiedad y depresión tanto en el hombre como en la mujer, sobre todo en el período de espera de los resultados, así como ante las fallas repetidas. Por esto se recomienda buscar soporte emocional.

6- Riesgos y posibles complicaciones personalizadas

Los Prestadores Integrales de Salud brindarán la continuidad asistencial en todos los casos, tanto cuando el procedimiento resulte exitoso, como cuando en su transcurso o a posteriori surjan complicaciones, incluyendo el conjunto de prestaciones a cargo de las Instituciones definidas en el PIAS (Art. 6 Dec N° 84/2015).

Posibilidad de retirar el consentimiento

La firma de este documento no le/s compromete a usted/es de forma definitiva. Es/son usted/es totalmente libre/s de retirar o modificar su consentimiento antes del procedimiento, por cualquier motivo. Sin embargo, si llega a cambiar de opinión respecto a su tratamiento, usted/es es/son el/los responsable/s de informar a la Clínica y al Fondo Nacional de Recursos, así como también firmar el consentimiento donde se indiquen sus nuevas decisiones. Si se suspende el tratamiento antes de la fecundación del óvulo deberá manifestar tal extremo por escrito y los gastos devengados hasta esa fecha serán de su exclusivo cargo (Art. 9 Decreto N°84/015)

Disponibilidad de volver a preguntar

Si desea mayor información de la que está en este formulario, puede solicitarla en cualquier momento.

Cumplimiento de la obligación de informar

Dejamos constancia que he/hemos sido adecuada y debidamente informada/os respecto del procedimiento, así como de las razones que lo

motivan y de los riesgos y complicaciones que del mismo surgen o se derivan, lo que (por lo tanto) no permite asegurar un resultado.

Dejamos constancia que consiento/consentimos y elijo/elegimos el tratamiento y la Clínica de Fertilidad en el que será realizado el mismo por mi/nuestra propia voluntad, en pleno uso de mis/nuestras facultades mentales y con total conocimiento de las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones emergentes de este procedimiento.

Establecemos de manera expresa que el Fondo Nacional de Recursos tiene como única obligación a nuestro respecto en esta instancia la del financiamiento, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo VIII del Decreto N° 84/015 del procedimiento referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera total o parcial.

Este consentimiento es válido sólo para este ciclo de tratamiento. Hemos recibido copia de este formulario.

Firma de la pareja

Firma del paciente

Aclaración

Aclaración

Firma del médico

Aclaración