



## VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS (OVOCITOS)



## VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS (OVOCITOS)

Es una técnica que se considera un procedimiento experimental, destinada a conservar gametos femeninos con fines reproductivos, para lo cual deben ser extraídos del ovario y vitrificados (criopreservados).

Las indicaciones más frecuentes son:

- Enfermedades malignas que requieran la aplicación de tratamientos con potenciales efectos nocivos sobre la capacidad reproductiva (cirugía, quimioterapia, radioterapia).
- Enfermedades no malignas que obliguen a aplicar los mismos tratamientos o capaces de lesionar por sí mismas las células germinales ováricas.
- Trastornos o estados asociados a la disminución de la reserva de células germinales: riesgo de fallo ovárico, edad avanzada, etc.
- Preservación de la fertilidad femenina en otras circunstancias.

### Procedimiento

Para la obtención de óvulos se suele comenzar con la estimulación de los ovarios mediante el uso de fármacos, cuya acción es similar a la de ciertas hormonas producidas por la mujer. Los medicamentos empleados incluyen un prospecto que el paciente debe consultar, teniendo la posibilidad de solicitar al personal sanitario del Centro cualquier aclaración al respecto. La finalidad de este tratamiento es obtener el desarrollo de varios folículos, en cuyo interior se encuentran los óvulos. Con el fin de evitar la ovulación espontánea se asocian otros tratamientos con acción hormonal supresora.

El proceso de estimulación ovárica, se controla habitualmente mediante análisis en sangre de los niveles de ciertas hormonas ováricas y/o con ecografías vaginales que informan del número y tamaño de los folículos en desarrollo.

Obtenido el desarrollo adecuado se administran otros medicamentos para lograr la maduración final de los óvulos.

Muchos de los medicamentos utilizados son inyectables, y su presentación permite la autoadministración por la paciente.

Las dosis y pautas de administración se adaptan a las características clínicas de cada paciente, y la respuesta al tratamiento puede ser variable. Ocasionalmente se utilizan de forma asociada otros tipos de medicamentos.

Los óvulos (ovocitos) se extraen mediante punción de los ovarios y aspiración de los folículos, bajo visión ecográfica y por vía vaginal. Esta intervención es realizada habitualmente en régimen ambulatorio y requiere anestesia y observación posterior durante un periodo variable.

Los óvulos obtenidos se preparan y clasifican en el laboratorio. El número de óvulos que se extraen en la punción, su madurez y calidad depende de la respuesta de cada mujer al tratamiento hormonal realizado por lo que no puede predecirse con exactitud.

### Riesgos

- 1) **Síndrome de hiperestimulación ovárica:** En ocasiones, la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrolla un gran número de folículos, aumenta el tamaño ovárico y se eleva considerablemente la cantidad de estradiol en sangre. Además, el desarrollo de este síndrome tiene relación directa con la administración del fármaco necesario para la maduración final de los ovocitos (HCG).

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.

Puede precisar hospitalización y tratamiento médico-quirúrgico.

- 2) **Edad avanzada, el consumo de tabaco y las alteraciones importantes del peso corporal** aumentan el riesgo de complicaciones durante el tratamiento, dificultando en ocasiones la respuesta apropiada a los tratamientos.
- 3) **Riesgos psicológicos.** Pueden aparecer trastornos psicológicos como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos.
- 4) **Otros riesgos y complicaciones** que excepcionalmente se pueden producir:
  - Intolerancia a la medicación.
  - Infección peritoneal.
  - Hemorragia por punción accidental de vasos sanguíneos.
  - Punción de un asa intestinal u otra parte de la anatomía.
  - Torsión ovárica.
  - Cancelación de la estimulación ovárica por ausencia o inadecuado desarrollo folicular o por excesiva respuesta a los tratamientos.
  - No obtención de óvulos en la punción.

**Riesgos personalizados:** Las características médicas, sociales o laborales de cada paciente pueden suponer una modificación de los riesgos generales o aparición de riesgos específicos.

### Otros aspectos

La vitrificación de óvulos (ovocitos), se podrá prolongar hasta el momento en que se considere por los responsables médicos que la paciente no reúne los requisitos clínicamente necesarios para ser receptora del tejido criopreservado con fines reproductivos.

Los diferentes destinos posibles que podrán darse a los óvulos crioconservados, son:

- a) Su utilización por la propia mujer o su cónyuge.
- b) La donación con fines reproductivos.
- c) El cese de su conservación sin otra utilización. Esta última opción sólo será aplicable una vez finalizado el plazo máximo de conservación establecido, sin que se haya optado por alguno de los destinos mencionados en los apartados anteriores.

Por lo anterior, quedo informada de que el destino inicial de mis óvulos criopreservados será su futura descongelación y utilización en un tratamiento de reproducción asistida. Si este tratamiento no fuera aplicable para mi propia reproducción por razones médicas o personales, o de no utilizar los óvulos (ovocitos) vitrificados en el futuro, la mujer puede autorizar a FERTILAB, para donarlos en forma confidencial y anónima, a otra pareja con fines reproductivos.

### Alternativas ante el fracaso de la técnica

Si después de haber realizado uno o varios intentos de estimulación ovárica, no se hubiera conseguido el objetivo de congelar ovocitos puede ser aconsejable adoptar, tras la oportuna reflexión, alguna de las siguientes alternativas:

- Volver a iniciar el tratamiento.
- Aplicar modificaciones a la técnica utilizada.

- Intentar la congelación de tejido ovárico.
- Recepción de ovocitos ajenos donados.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito a la vitrificación de mis óvulos (ovocitos) y/o tejido ovárico, al objeto de que puedan ser utilizados más adelante para intentar generar preembriones que me puedan ser transferidos.

Declaro que se me ha dado información verbal y escrita, esta última a través de este documento que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:

- a. Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de ovocitos/tejido ovárico previamente vitrificados/ciopreservados, en sus aspectos biológicos y éticos.
- b. La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
- c. La disposición del personal médico para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
- d. Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento con el fin de lograrla y en el embarazo, así como para su descendencia.

## **COSTOS**

Al leer este consentimiento Ud. ya debe conocer el presupuesto donde se especifican los costos del procedimiento.

He comprendido toda la información, que considero adecuada y suficiente.

De igual forma afirmo:

Que la información dada es veraz, sin haber omitido ningún dato de tipo médico conocido y/o legal.

Mi compromiso de notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación mientras existan ovocitos/tejido ovárico congelados restantes.

NOTA: Fertilab no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos, debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la Clínica.

**PARA SER FIRMADO POR LA MUJER**

N° Historia \_\_\_\_\_

O cédula de identidad: \_\_\_\_\_

He (hemos) leído este consentimiento informativo y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas con relación al tratamiento.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este ciclo de tratamiento.

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

\_\_\_\_\_

(Ciudad y fecha)

**CERTIFICACIÓN MÉDICA**

Certifico que antes del inicio del tratamiento previo a que el paciente firme este documento:

1. Yo, o alguno de los miembros del equipo ha entregado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios así como las alternativas al tratamiento propuesto.
2. Me he juntado con la paciente para discutir la información, le he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Creo que la paciente ha entendido completamente, lo que he explicado y ha consentido en realizar el tratamiento propuesto.

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

\_\_\_\_\_

(Ciudad y fecha)