

## ENBRIOI-MURRIZKETA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REDUCCIÓN EMBRIONARIA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU                      ARDURADUNAREN                      IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Teknika honen bidez enbrioi-zaku bat edo batzuk ziztatzan dira, enbrioi-kopurua gutxiagotzeko, haurdunaldia arrakastatsua izateko aukerak gehiagotu daitezzen eta, ondorioz, fetu-bideragarritasuna handitu dadin.

Adierazitako teknikak zuzen erabilia ere, zenbaitetan, beste aukera terapeutiko egokiagorik ez dagoelako, enbrioi-murrizketa egin beharra dago, emakumearen eta gainerako enbrioiaren bizitza edo osotasun fisikoa babesteko; izan ere, ezin da aurrez jakin ziur zenbat enbrioi ezarriko diren azkenean umetokian, ez eta haurdunaldiak zer-nolako bilakaera izango duen aurreneko asteetan ere.

Modu ambulatorioan egiten da; abdomenetik edo baginatik orratz bat sartzen da eta, ekografia baten laguntzaz, potasio-kloruroa injektatzen da zuzenean enbrioi-zakuetan.

Oro har, bi enbrioi uzten dira, nahiz eta batzuetan bakar bat ere uzten den. Haurdunaldiko 7. eta 12. astean bitartean gomendatzen da.

Lagundutako giza ugalketari buruzko lege-alderdiak maiatzaren 26ko 14/2006 Legean arautzen dira. Azaroaren 21eko 45/2003 Legeak jaso zuen laguntza bidezko ugalketaren barruan enbrioi-murrizketa egitea -egun, 14/2006 Legeak ordeztu du aurreko lege hori-.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Teknikaren arriskuak dira:

- Abortua (% 5-10 bitartean).
- Obulu-infekzioa (% 1,35 inguru).
- Erditze goiztiarrak enbrioi-murrizketa izan duten haurdunaldien % 75etan.
- Oso arraroa da amari konplikazioak gertatzea.
- Laguntza psikiko eta emozionala behar duten ondorio psikologikoak bikotearengan.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE                      DEL                      MEDICO                      RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....

### B. INFORMACIÓN:

Esta técnica consiste en la punción selectiva de uno o varios sacos gestacionales, cuyo objetivo es reducir el número de ellos, con el fin de incrementar las posibilidades de que la gestación llegue a término y, en consecuencia, favorecer la viabilidad fetal.

A pesar de haberse utilizado correctamente las técnicas indicadas, en ocasiones se hace necesario, por no existir alternativa terapéutica más adecuada, llevar a cabo la reducción embrionaria en aras de salvaguardar la vida o la integridad física de la mujer y de los embriones restantes, ya que no es posible determinar previamente, con certeza, el número de embriones que quedarán definitivamente implantados en el útero, ni la evolución del embarazo en las primeras semanas.

Se realiza de forma ambulatoria, mediante la introducción de una aguja por vía vaginal o abdominal guiada por ecografía, a través de la cual se inyecta cloruro de potasio directamente dentro de los sacos gestacionales.

El número de embriones suele ser reducido a dos, aunque en circunstancias especiales puede ser reducido a uno, y es recomendable realizarla entre la 7a y 12a semana de gestación.

Los aspectos legales que afectan a la reproducción humana asistida se regulan en la Ley 14/2006, de 26 de Mayo. El reconocimiento de la práctica de la reducción embrionaria dentro de la reproducción asistida, fue recogido por la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, sustituida en la actualidad por la mencionada Ley 14/2006.

### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Los riesgos inherentes de esta técnica son:

- Aborto, que oscila entre el 5 y el 20%.
- Infección ovular en el 1,35% aproximadamente.
- Partos pre término en el 75% de los embarazos con embriorreducción.
- Raramente se dan complicaciones maternas.
- Consecuencias psicológicas que pueden aconsejar el apoyo psicoemocional de la pareja.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**ADIERAZTEN DUT:**

Gure/nire kasuan haurduntza anizkoitza gertatu dela, eta ekografia bidez frogatu dela  aurre-enbrioi biziak daudela.

1.- Ez dudala/dugula hainbeste enbrioiko haurduntza batekin jarraitu nahi, horrek dakartzan arriskuak direla eta (prematunitateren intzidentzia handitzea, jaiotzako pisu txikia, eta amaren eta fetuaren, eta jaioberriaren morbiditatea eta hilkortasuna), eta, horregatik

2.- Erabaki dudala/dugula enbrio-i-murrizketa egitea eta haurduntza  enbrioikoa izatea.

3.- Azalpenak ematean, hizkera argia eta sinplea erabili dutela, eta dena ulertu ahal izan dudala/dugula. Arreta eman didan/digun medikuak aukera eman didala/digula behar adina ohar egiteko, eta galdetu dizkiodan zalantza guztiak argitu dizkidala/dizkigula. Badakit/badakigu zentro honetako osasun-langileak erabat argi geratu ez den informazioaren edozer alderditan sakontzeko prest daudela.

4.- Nahikoa aurrerapenarekin eman didatela/digutela informazioa, lasai eta erantzukizun nahikoz hausnartu eta erabiltzeko.

5.- Gainera, ulertzen dut/dugu edozein unetan eta inolako azalpenik eman beharrik izan gabe, orain ematen dudana/duguna baimena ezeztatzeko/dezakedala/dezakegula. Horregatik, jasotako informazioarekin pozik geratu naizela/garela eta tratamenduaren arriskuak ulertu ditudala/ditugula adierazten dut/dugu.

Behar bezala informatuta nagoela/gaudela, **BAIMENA EMATEN DUT/DUGU:**

Behar diren tratamendu- eta kontrol-prozedurak aplikatzeko; hartara, enbrio-i-murrizketako prozedura egiteko.

**D. JAKINARAZI:**

Arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

**E. PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:**

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzakete. Medikuek zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

**DECLARO:**

Que en mi/nuestro caso se ha producido una gestación múltiple, habiéndose comprobado en la ecografía que hay  pre embriones vivos.

1.- Que no deseo/deseamos continuar con una gestación de tantos embriones, dado los riesgos que ello conlleva (aumento de la incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, morbilidad y mortalidad materno fetal y neonatal) y es por ello

2.- Que he/hemos decidido realizar una reducción embrionaria y que de esa manera la gestación sea de  embriones.

3.- He/Hemos comprendido las explicaciones que se me/nos han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me/nos ha atendido, ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas planteadas, hasta donde permite el estado actual del conocimiento. Conozco/Conocemos la disposición del personal sanitario de este centro para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.

4.- La información me/nos ha sido facilitada con antelación suficiente para que pueda/podamos reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente.

5.- También comprendo/comprendemos que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo/podemos revocar el consentimiento que ahora presto/prestamos. Por ello, manifiesto/manifestamos estar satisfecho/satisfechos con la información recibida y que comprendo/comprendemos el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y una vez debidamente informada/os, **AUTORIZO/AUTORIZAMOS:**

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para ser sometidos a un procedimiento de reducción embrionaria.

**D.- AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Haurdunaldiarekin eta enbrioien garapenarekin jarraitzea.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**F.- ALTERNATIVAS:**

Continuar con el embarazo y desarrollo de los embriones

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha