

*Informed consent statement*

**Isthmocele, cause of secondary infertility, is linked to persistent hydrometra and corrected by hysteroscopic surgery: a case report**

Written informed consent was obtained from patients.

The format of consent form is shown as following:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
FECUNDACIÓN IN VITRO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

Nosotros los abajo firmantes de este consentimiento y desde ahora denominados como pacientes nos identificamos como:

Señor: [REDACTED] de [REDACTED] años de edad.  
(Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno del paciente)

Con domicilio en: [REDACTED]  
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: [REDACTED] No: [REDACTED]

Señora: [REDACTED] de [REDACTED] años de edad.  
(Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno del paciente)

Con domicilio en: [REDACTED]  
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: [REDACTED] No: [REDACTED]

Con este documento certificamos que hemos sido informados de las alternativas de tratamiento que nos han sido expuestas por:

Dr(a): [REDACTED]  
(Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno del Médico tratante)

Con domicilio en: Carretera México-Toluca 5420 5° Piso Col. El Yagui  
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Cédula Profesional No: [REDACTED]

nos ha sido explicado que, por nuestro proceso de infertilidad, es conveniente se nos realice tratamiento de fecundación *in vitro* con transferencia de embriones y que es posible que deba realizarse con microinyección espermática (ICSI). Confirmamos que hemos comprendido el diagnóstico, así como las alternativas; que la técnica más adecuada es la que aquí consentimos, denominada fecundación *in vitro* y que se aplicará ICSI si las características del semen y/o los ovocitos lo requieren. En la consulta médica hemos declarado que no padecemos enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles que puedan dar lugar a riesgo grave para la posible descendencia.

## 1. ¿En qué consiste?

La fecundación *in vitro* (FIV) es un tratamiento que consta de procedimientos médicos y biológicos destinados a facilitar la unión de óvulos (ovocitos) y espermatozoides en el Laboratorio, y obtener embriones que serán introducidos en el útero para lograr la gestación. Puede realizarse mediante 2 procedimientos diferentes FIV, en la que el óvulo y espermatozoide se unen de forma espontánea en el laboratorio; y la Microinyección Espermática o ICSI, en la que la fecundación se realiza inyectando un espermatozoide en cada óvulo. De la fecundación se obtienen embriones, que son el grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo. En INGENES tenemos cerca de 16 posibilidades diferentes de este tipo de tratamiento que se ajustan a las necesidades de cada paciente de manera muy individualizada.

## 2. ¿Cuándo está indicada?

FIV

- Causa desconocida de infertilidad.
- Ausencia o lesión en las trompas.
- Disminución del número, movilidad y/o aumento de espermatozoides anormales.
- Endometriosis, que consiste en el crecimiento anormal dentro de la cavidad abdominal del tejido que normalmente está cubriendo las paredes internas del útero.
- Tratamiento ovulatorio.
- Tratamientos inmunológicos.
- Fracaso de otros tratamientos.
- Otras.

Firma Médico:

Firma el paciente:

Firma de la paciente:



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOPRESERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE EMBRIONES

Nosotros los abajo firmantes de este consentimiento y desde ahora denominados como "Padres de los embriones" nos identificamos como:

Sra.: [Redacted] de [Redacted] años de edad.  
(Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno de la paciente)

Con domicilio en: [Redacted]  
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: [Redacted] No: [Redacted]

Sr.: [Redacted] de [Redacted] años de edad.  
(Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno del paciente)

Con domicilio en: [Redacted]  
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: [Redacted] No: [Redacted]

Con este documento certificamos que hemos sido informados por:

Dr(a): [Redacted]  
(Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno del Médico Tratante)

Con domicilio en: Carretera México-Toluca 5420 5° Piso Col. El Yagui  
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Cédula Profesional No: [Redacted]

Nos ha sido explicado que el número de embriones transferidos al útero tiene que ser limitado dependiendo de las características de cada paciente para evitar los riesgos del embarazo múltiple. La congelación (vitrificación) permite conservar los embriones excedentes que se forman en la fecundación in vitro (FIV), o la Inyección Intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI). Los embriones criopreservados pueden ser transferidos en ciclos posteriores si no hubo embarazo o para conseguir un segundo embarazo, reduciendo la necesidad de someterse a la estimulación ovárica controlada y la aspiración folicular.

## 1. ¿En qué consiste?

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. Se han desarrollado protocolos de congelación/descongelación y vitrificación que permiten preservar células a temperaturas muy bajas usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y función.

## II. ¿Cuándo está indicada?

Las indicaciones más frecuentes son:

- o Pacientes en las que se lograron varios embriones viables para disminuir el riesgo de embarazo múltiple y las complicaciones asociadas.
- o Síndrome de Hiperestimulación Ovárica severo, que no pueden recibir los embriones en su útero en ese ciclo, porque se agravaría su condición y deben esperar hasta un próximo ciclo para recibirlos.
- o Pacientes con cáncer que van a ser sometidas a radioterapia, quimioterapia o ambos y existe la posibilidad de quedarse sin gametos.
- o Pacientes de edad avanzada en las que no sea posible la transferencia por alguna condición particular del útero y que requieren intervención quirúrgica (miomas, pólipos), se prefiere dar prioridad al desarrollo y congelación de los embriones que al tratamiento quirúrgico recomendado.
- o Pacientes que no tendrán oportunidad de realizar otro ciclo de tratamiento se pueden beneficiar con la criopreservación de embriones.

Firma Médico:

Firma el paciente:

Firma de la paciente:

NHC:

80730

INSTITUTO DE INFERTILIDAD Y GENÉTICA MÉXICO S. C.

INSTITUTO  
de  
Infertilidad  
y Genética  
México

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

Nosotros los abajo firmantes de este consentimiento y desde ahora denominados como "Padres de los embriones" nos identificamos como:

Sra.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad.

(Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno de la paciente)

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Sr.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad.

(Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno del paciente)

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Con este documento certificamos que hemos sido informados de las alternativas de tratamiento que nos han sido expuestas por:

Dr(a): \_\_\_\_\_

(Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno del Médico Tratante)

Con domicilio en: Carretera México-Toluca 5420 5° Piso Col. El Yagui

(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Cédula Profesional No: \_\_\_\_\_

Nos ha sido explicada la cantidad de embriones que se encuentran criopreservados así como la calidad de los mismos. El objetivo de la descongelación de los embriones es aumentar la probabilidad de lograr el embarazo en un solo ciclo de reproducción asistida o de un segundo embarazo evitando nuevos ciclos de estimulación ovárica y aspiración folicular. Además, disminuye el riesgo de embarazo múltiple y sus complicaciones al limitar el número de embriones transferidos.

### I. ¿En qué consiste?

La descongelación de embriones es el procedimiento mediante el cual el laboratorio realiza un proceso de inverso a la criopreservación para que los embriones reanuden su desarrollo.

La transferencia embrionaria es la colocación en el útero de los mejores embriones para su implantación en el endometrio (capa interna del útero de la mujer) y el desarrollo del embarazo.

### II. ¿Cuándo está indicada?

Las indicaciones más frecuentes son:

- Deseo de un segundo embarazo evitando nuevos ciclos de estimulación ovárica y aspiración folicular.
- Pacientes en los que estaba contraindicada la transferencia en el mismo ciclo de estimulación ya sea por SHO, condiciones particulares del útero.
- Fallo de tratamiento previo con transferencia de embriones en fresco, previo análisis de las causas que dificultaron la implantación.

### III. Procedimiento

La descongelación de embriones consiste en aumentarles la temperatura mientras se retiran los compuestos crioprotectores y se vuelven a hidratar (añadir agua) para que reanuden su crecimiento. No todos los embriones sobreviven, esto está relacionado con la calidad que tenían los embriones antes de la criopreservación. Es altamente probable que los embriones que no sobreviven a la descongelación, sean los mismos que jamás hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación. Una vez seleccionados los embriones, previa explicación a los pacientes, se procede a la transferencia. La transferencia de embriones al útero puede realizarse en un ciclo natural o bien en uno preparado médicamente. Para la preparación endometrial ocasionalmente es necesario administrar

Firma Médico:

Firma el paciente:

Firma de la paciente: