

CONSIDERACIONES ESPECIALES COVID-19

En primer lugar, queremos señalar que nuestro primer objetivo es asegurar la seguridad en todos los procesos que vamos a llevar a cabo en nuestra unidad de reproducción asistida, tanto desde las consultas como en quirófano. Nuestro objetivo siempre va a ser preservar la salud de todos, usuarios y personal de la unidad.

Es importante subrayar que no se ha demostrado que las mujeres embarazadas presenten una incidencia mayor de COVID-19, ni una mayor morbilidad que mujeres no embarazadas de su misma edad. Del mismo modo, no se ha demostrado la transmisión vertical entre madre e hijo, aunque tampoco se puede descartar en un 100%. Hay algunos casos aislados en estudio por posible transmisión periparto. Todo lo anterior ha llevado a que ninguna sociedad científica ni gobierno desaconseje la gestación por vía natural.

Debido a la situación actual, hemos debido realizar reajustes que aumenten la seguridad.

Vamos a intentar en la medida de lo posible asegurar la distancia de seguridad sobre todo en las salas de espera, lo que va a exigir que se espacien las visitas. Vamos también a favorecer, en la medida de lo posible, las visitas no presenciales. Por ello pedimos encarecidamente que sean puntuales en las horas en que se les cite en consulta. Es importante también que no acudan con acompañantes y que lleven mascarilla.

Para asegurar la seguridad de todos, **NO acuda a su cita si:**

- Ha sido diagnosticada de COVID-19 recientemente y no ha recibido el alta, incluso si eso ha ocurrido en su pareja o en un conviviente.
- Guarda cuarentena o está en aislamiento
- Tiene tos, falta de aire o fiebre de $>37.7^{\circ}\text{C}$ sin origen conocido.

Además es importante que nos avise telefónicamente si:

- Ha tenido contacto con personas con sospecha o afectada por COVID-19. ¿con quién y cuándo?
- Ha tenido uno o más de los siguientes síntomas: fatiga, dolor muscular, diarrea u otros síntomas sospechosos de COVID-19

- Ha sido sometida a alguna prueba diagnóstica (hisopo o análisis de sangre) para COVID-19 y está a la espera de los resultados.
- Lleva a cabo actividades profesionales con alto riesgo de contagio COVID-19 (médico, enfermera, asistente de trabajador social, etc.)

Es importante también subrayar que nos encontramos ante una infección poco conocida, lo que puede implicar repuntes de la enfermedad hasta la aparición de un tratamiento eficaz o de una vacuna. Dicho lo cual, las medidas sanitarias van cambiando según el estado de la infección en nuestro territorio en cada momento. Esperamos por tanto su comprensión ante cualquier tipo de medida que se pueda tomar al respecto. Todas las medidas que tomamos en torno al cese de los ciclos vienen siempre dirigidas desde Conselleria de Sanidad.

En este contexto, se excluirá temporalmente la práctica de técnicas de reproducción asistida a pacientes con comorbilidades significativas generales así como las específicas de la mujer gestante. Entre ellas cabe señalar obesidad mórbida, diabetes tipo I o II mal controlada, hipertensión, uso de terapia inmunosupresora, pacientes con trasplante anterior, o enfermedad pulmonar, hepática o renal. Se hará por tanto una valoración personalizada de cada caso y si se cumpliera alguno de los requisitos nombrados se postpondría el inicio hasta la que la situación epidemiológica mejorara.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CONTEXTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

Contexto epidemiológico:

La evidencia científica disponible hasta la fecha sobre la infección por COVID-19, aún escasa y procedente de investigaciones con un número limitado de pacientes, ha observado una tasa de complicaciones moderadamente elevada en las personas que padecen dicha enfermedad. Hay que tener en cuenta que en nuestra unidad nuestras pacientes son mujeres jóvenes y “sanas” y que no llevamos a cabo procedimientos quirúrgicos mayores. Todo ello define una situación de bajo riesgo. Las complicaciones conocidas de la infección por covid-19 son trombosis diseminada y lesiones en distintos órganos, como por ejemplo, el pulmón.

Consentimiento informado:

Se me informa de que con las medidas adoptadas en todo el circuito de reproducción asistida se reduce el riesgo de contraer una infección por COVID-19, pero no se puede asegurar que sea nulo. Por lo que entiendo que, en estas circunstancias epidémicas, no es posible reducir a cero el riesgo de infección. Soy consciente también que, al ser un proceso de salud electivo no urgente, podría elegir retrasar la realización de estas técnicas para llevarlas a cabo más adelante en un momento epidemiológico más seguro.

Siendo consciente de los anterior mencionado, deseo que se me realicen los procedimientos concordados.

Declaro que:

He sido informado con antelación y claridad por el médico de la situación de la infección por COVID-19 en relación con el procedimiento que se me va a realizar, sus riesgos y complicaciones, que se añaden a las derivadas del propio acto médico-quirúrgico que se me va a realizar.

Consiento la realización de dichos procedimientos, teniendo en cuenta el riesgo añadido por la situación epidemiológica anteriormente explicada pese a los protocolos de prevención puestos en marcha por el Hospital Clínico de Valencia.

He leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecha con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

También soy consciente que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento, sin preaviso y sin tener que proporcionar explicación alguna, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Soy consciente que el objetivo de los procedimientos a los que me voy a someter es conseguir un embarazo, lo que podría suponer una situación delicada en caso de

contagio COVID-19.

Declaro no tener ningún tipo de sintomatología asociada a infección por COVID-19 (tos, fiebre, falta de aire y/o malestar general) al inicio del proceso y que, en el caso de que apareciera dicha sintomatología durante el proceso, lo pondría en conocimiento del personal médico lo antes posible.

Valencia, a de de 202..

FIRMADO:

(nombre).....

(nombre pareja).....

(DNI).....

(DNI pareja).....

Firma:

Firma:

REVOCACION AL CONSENTIMIENTO anteriormente firmado:

Valencia, a de de 202..

(nombre).....

(nombre pareja).....

(DNI).....

(DNI pareja).....

Firma:

Firma: