



## CRIOCONSERVACIÓN DE MUESTRAS DE SEMEN

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D. \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con DNI. /pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la ciudad  
de \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ .

#### I. ¿En que consiste?

La criopreservación seminal preventiva consiste en la congelación y almacenamiento de espermatozoides con fines reproductivos.

#### II. ¿Cuándo esta indicada?

- Necesidad de tratamientos que pueden reducir o anular su capacidad reproductiva (cirugía, quimioterapia, radioterapia).
- Dificultad en la obtención de muestra seminal destinada a tratamientos de reproducción asistida.
- Deterioro progresivo por causa conocida o desconocida de las características de los espermatozoides.
- Recuentos espermáticos extremadamente bajos que hagan aconsejable la acumulación de espermatozoides procedentes de diversos eyaculados.
- Otras causas.

#### III. Procedimiento

Es necesario realizar análisis de sangre previos y posteriores a la congelación seminal para determinar el riesgo infeccioso. Si la conservación definitiva del semen supusiera riesgo de esta naturaleza, el paciente deberá aceptar las medidas específicas de conservación que resulten necesarias.

El paciente entregará una primera muestra seminal, que será analizada y congelada. En función de su calidad, se aconsejará sobre el número de muestras adicionales que debe entregar para disponer de suficiente cantidad de espermatozoides congelados para su uso reproductivo posterior. El número de congelaciones seminales también estará condicionado por la indicación de dicha congelación. Una vez finalizada la recogida y congelación de muestras, el paciente podrá solicitar un informe donde se hará constar el número y las características en fresco de las muestras seminales almacenadas.

Los pacientes que deciden congelar semen cuando ya han iniciado o completado un tratamiento que puede interferir con la producción espermática, podrían encontrarse en dos situaciones respecto a la calidad seminal:

- Ausencia de espermatozoides en el eyaculado, confirmada por el análisis de la primera muestra. En ese caso resultaría innecesaria la congelación.
- Presencia de espermatozoides, que podrían o no haber sido afectados negativamente por el tratamiento recibido.

Dado el posible restablecimiento de la producción espermática en algunos casos, puede ser aconsejable la realización de análisis seminales posteriores a la congelación.

#### **IV. Resultados**

La criopreservación espermática es una técnica útil, pero no garantiza el mantenimiento de la calidad biológica de los gametos ni asegura su capacidad fecundante futura. Incluso en el caso de que dichos espermatozoides conserven tras su descongelación una aparente calidad biológica, no puede asegurarse la consecución de una gestación a partir de esta muestra, ni aun en el caso de que el paciente haya tenido descendencia previa.

#### **V. Riesgos**

- El proceso de congelación y descongelación reduce de forma imprevisible la calidad seminal, disminuyendo el porcentaje de espermatozoides vivos y móviles. Los espermatozoides que no resultan dañados conservan su capacidad fecundante, que no se ve afectada por la duración del periodo en que se mantengan congelados.
- La enfermedad que afecta al paciente, y que obliga a aplicarle un tratamiento potencialmente esterilizante, podría tener repercusiones sobre la calidad biológica o la normalidad genética de los espermatozoides criopreservados. Estos efectos pueden comprometer el éxito de las técnicas de reproducción asistida aplicables en un futuro, o la viabilidad de la descendencia. Igualmente, resulta posible la transmisión de defectos genéticos, enfermedades y factores de riesgo hereditarios.

#### **VI. Riesgos personalizados**

Las características médicas, sociales o laborales de cada paciente pueden suponer una modificación de los riesgos generales o aparición de riesgos específicos. En este caso serían:

---

#### **VII. Información económica (si procede)**

Los precios que rigen en este centro se detallan en presupuesto adjunto, significándose la imposibilidad de concretar previamente de forma exacta el coste total, debido a que los tratamientos varían en cada paciente.

#### **VIII. Aspectos legales generales relacionados con la reproducción asistida**

El marco jurídico regulador de la reproducción humana asistida está constituido fundamentalmente por la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. En esta norma se proclama que las técnicas tienen como objetivo principal la solución de los problemas de esterilidad humana, para facilitar la procreación, cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces; y, también, que el semen puede criopreservarse en bancos de gametos autorizados durante la vida del varón de quien procede.

Además, por lo que se refiere al almacenamiento y procesamiento de las muestras de semen para uso diferido, de acuerdo con las directivas europeas deben realizarse, al menos, los siguientes test serológicos para evaluar el riesgo de contaminación cruzada:

- HIV 1 y 2.
- Hepatitis B y C
- Sífilis

En relación con la posibilidad de tener un hijo póstumo con la muestra de semen, la ley indica que sólo podrá determinarse legalmente la filiación si el material reproductor se encontrase en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del marido (o varón no unido por matrimonio), excepto si éste hubiese prestado su consentimiento en el documento de consentimiento informado de las técnicas, en escritura pública, testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los doce meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento con anterioridad a la realización de las técnicas.

Finalmente, en cualquier momento el varón puede disponer la destrucción de sus muestras seminales o el cese de su mantenimiento o su donación para investigación, previa solicitud por escrito dirigida al banco de gametos.

#### **IX. Alternativas ante el fracaso de la técnica**

Si la descongelación del semen criopreservado no permite obtener espermatozoides útiles, sólo se podría obtener descendencia recurriendo a técnicas de reproducción asistida con biopsia testicular o con semen de donante.

**DECLARO:**

1. Solicitar libre y conscientemente la criopreservación de muestras seminales para tratar de preservar la fertilidad futura, ya que va a recibir o ha recibido tratamientos que pueden afectar negativamente su capacidad reproductiva o deteriorar las características de los espermatozoides.
2. Aceptar la obligatoriedad de realizar análisis de sangre previos a la congelación seminal para determinar el riesgo infeccioso. Si la conservación definitiva del semen supusiera riesgo infeccioso, el paciente aceptará las medidas específicas de conservación que resulten necesarias.
3. Asumir que la criopreservación seminal no garantiza en ningún caso la consecución de descendencia ni la normalidad de la misma.
4. Aceptar el compromiso de confirmar cada año su voluntad de mantener en depósito las muestras seminales criopreservadas mediante documento escrito, por sí mismo o a través de persona debidamente autorizada. En caso de incumplimiento de este requisito, las muestras de semen serán destruidas en el plazo de....., a contar desde el momento en que tenía que haberse producido la confirmación.
5. Comprometerme a notificar cualquier cambio de domicilio o teléfono.
6. En caso de fallecimiento del paciente, se procederá a la destrucción inmediata de las muestras, salvo que existan las disposiciones legalmente válidas sobre su uso reproductivo post mortem especificadas en la Ley 14/2006 de 26 de mayo.
7. Haber comprendido el contenido de esta información, y tenido oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a su caso.

**AUTORIZO,**

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para ser sometidos a un procedimiento de criopreservación seminal con semen de la pareja.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. El/La Médico/a(Col.nº )

Firma Paciente

DNI:.....

*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.*

*Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, sus datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro \_\_\_\_\_, pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.*

*NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero 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. Debe conocer que sus espermatozoides podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas –armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, cierre de la Clínica, etc.).*

ANEXO para el esposo/pareja o para el varón no casado:

D \_\_\_\_\_, mayor de edad, provisto de DNI nº \_\_\_\_\_ en este acto presto mi consentimiento a que en el caso de que falleciera con anterioridad a que mi material reproductor se halle en el útero de Dña \_\_\_\_\_, pueda ésta, en los 12 meses siguientes a mi fallecimiento, proceder a fecundarse con el mismo, y que se determine la filiación del hijo nacido conmigo.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. D/Dª. \_\_\_\_\_

Firma del Médico

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

D \_\_\_\_\_, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la calle/plaza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

Fdo. D. \_\_\_\_\_

Firma del Médico: