



Formulario de Consentimiento Informado para preservación de muestras de semen por motivo oncológicos

Nombre del procedimiento: Preservación de muestras de semen por motivo oncológicos (cáncer).	Servicio: UMRAC - FIV
Nombre del Centro de Salud	Edad del usuario
Nombre del usuario	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento:

La preservación de semen por motivos oncológicos consiste en congelar y almacenar espermatozoides de forma preventiva, para ser utilizados después de recibir tratamientos que pueden reducir o anular su capacidad reproductiva (como por ejemplo, quimioterapia, radioterapia o algunas cirugías), afectando la cantidad y la calidad de los espermatozoides.

El paciente entregará una primera muestra de semen, la cual será analizada y congelada. En función de su calidad, se aconsejará el número de muestras adicionales que debe entregar para disponer de suficiente cantidad de espermatozoides congelados para su uso posterior, dentro del tiempo que se pueda antes de recibir su tratamiento oncológico.

Se realizarán análisis de sangre previos a la congelación del semen, con el fin de determinar si es portador de infecciones de riesgo. En caso de identificarse alguna infección que se pueda transmitir en los tanques de preservación, no se podrá congelar el semen, debido al riesgo que puede generarse en el laboratorio para las muestras de otros pacientes.

La obtención de todas las muestras de semen se realizará por medio de la masturbación y serán almacenadas en el banco de gametos hasta que el paciente decida utilizarlos.

En ciertos casos la producción de espermatozoides puede mejorar meses, incluso años después de finalizar los tratamientos oncológicos, por lo que se recomienda realizar análisis de semen después de la congelación, según le indique el profesional en salud que le atiende.

La congelación de espermatozoides es una técnica científicamente avalada, pero no garantiza el mantenimiento de la calidad de los espermatozoides; por lo que no se puede asegurar que estos vayan a poseer capacidad para fecundar un óvulo y lograr un embarazo, y de lograr concebir un hijo sano, aunque el paciente haya tenido hijos(as) en el pasado, como le explicará el profesional en salud.

Objetivo y beneficios esperables:

El objetivo de este procedimiento es la preservación de los espermatozoides propios para su utilización futura en reproducción asistida.



Alternativas disponibles:

La preservación de semen por motivos oncológicos es voluntaria, por lo que la alternativa es no realizar la congelación del semen.

Consecuencias previsibles:

Si decide no preservar semen, para poder tener hijos en el futuro podría ser necesario recurrir a técnicas de reproducción asistida con tratamientos médicos, biopsia testicular o con semen de un donante.

Los pacientes que deciden preservar semen cuando ya han iniciado o completado un tratamiento que puede interferir con la producción de espermatozoides (excepto con quimioterapia, que no es posible almacenar), podrían encontrarse en dos situaciones respecto a la calidad del semen:

- Que en la primera muestra no se detecten espermatozoides en el eyaculado, lo que haría imposible la congelación.
- Que en la primera muestra se detecten espermatozoides, que podrían o no haber sido afectados negativamente por el tratamiento recibido.

Si decide preservar semen y al descongelarlo no se obtienen espermatozoides útiles, se deberá recurrir a técnicas de reproducción asistida con biopsia testicular o con semen de un donante; siempre y cuando la mujer cumpla con el protocolo de alta complejidad y el tratamiento sea viable.

Riesgos frecuentes:

- La congelación y descongelación puede reducir la calidad del semen, disminuyendo el porcentaje de espermatozoides vivos y móviles. Los espermatozoides que no se dañan por la congelación pueden conservar su capacidad de fecundar sin importar el tiempo de congelación.
- Su enfermedad de fondo y el tratamiento oncológico recibido para esta pueden afectar la calidad biológica o los genes de los espermatozoides que se van a preservar. Esta situación puede perjudicar el éxito del proceso de fertilización asistida que se desea realizar en un futuro; también puede afectar a la descendencia, ya que pudieran transmitirse problemas genéticos u otras enfermedades que el profesional en salud le explicará.

Riesgos más graves:

Resulta posible la transmisión de alteraciones genéticas, enfermedades y factores de riesgo hereditarios, secundario a los tratamientos oncológicos o a la enfermedad misma, ya presentes o adquiridos, pero no por la preservación de muestras de semen.

Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas, laborales y sociales que generen algún riesgo adicional para la preservación de semen por motivos oncológicos.

Dudas planteadas por el paciente:

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

Información de interés:

En cualquier momento usted puede cambiar de opinión con respecto a si desea continuar o no con el procedimiento.

Aceptar realizar el procedimiento no libera al profesional o a la Institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

En cuanto al almacenamiento temporal y el procesamiento de las muestras de semen para uso posterior, es importante que sepa que de acuerdo con el protocolo institucional, se debe realizar un análisis médico, con historial de sus antecedentes personales y familiares, un examen físico y exámenes de laboratorio.

Adicionalmente, usted debe conocer que se pueden presentar eventos o daños que afecten a los gametos criopreservados; situaciones que no son responsabilidad de la CCSS y que se presentan como consecuencia de un caso fortuito o de fuerza mayor, entendiéndose como tal un imprevisto, es decir, un acontecimiento que no es posible predecir. Entre estos se pueden mencionar: pandemias, terremotos, deslizamientos, inundaciones, huracanes, levantamientos populares, entre otros.

Por otra parte, debe saber que ante su eventual fallecimiento, la normativa del país indica que solo podrá determinarse legalmente la relación de parentesco entre usted y su hijo(a) si el semen se encontrase en el útero de la madre en la fecha de su muerte, excepto que usted haya dado su autorización en el documento de consentimiento informado de las técnicas, para que su semen pueda ser utilizado dentro de los 365 días naturales posteriores a su fallecimiento para fecundar a su pareja.

Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento con anterioridad a la realización de las técnicas y solicitar la destrucción de su semen preservado.

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado, declaro que:

1. Toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado.
2. Respecto al procedimiento, me han explicado oralmente cómo se realiza, los riesgos, las complicaciones y las alternativas, y me han aclarado las dudas.
3. Conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.
4. Solicito libre y conscientemente la preservación del semen para tratar de preservar la fertilidad futura, ya que voy a recibir o he recibido tratamientos que pueden afectar negativamente mi capacidad reproductiva o deteriorar las características de los espermatozoides.
5. Acepto la obligatoriedad de realizar análisis de sangre previos a la preservación de semen, para determinar el riesgo de infecciones. Si la preservación del semen supusiera riesgo de infección, aceptaré que no se puede realizar la preservación de semen.
6. Entiendo que la preservación de semen no garantiza en ningún caso poder tener hijos en el futuro ni la normalidad de estos.
7. Acepto el compromiso de confirmar cada cinco años mi voluntad de mantener preservadas mis muestras de semen. En caso de incumplimiento de este requisito, las muestras de semen serán destruidas en el plazo de un año, a contar desde el momento en que tenía que haberse producido la confirmación.
8. Me comprometo a notificar cualquier cambio de domicilio o teléfono.
9. En caso de mi fallecimiento, se procederá a la destrucción inmediata de las muestras, salvo que existan las disposiciones legalmente válidas una vez que yo haya fallecido, especificadas en este consentimiento informado.
10. He comprendido el contenido de esta información y tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a mi caso.



De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta realizar la preservación de la muestra de semen en caso oncológico como se le ha informado?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del garante (si procede)	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha		Hora
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)			
He cambiado de opinión y ya no deseo mantener preservado mi semen, el cual había autorizado en la fecha _____.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma	Identificación	Fecha