

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PARA  
TRATAMIENTO MEDIANTE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON  
SEMEN DE DONANTE**

ETIQUETA DE LA PACIENTE

El Dr. D. \_\_\_\_\_  
Le ha explicado que es tributaria de someterse a una **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL** con semen de donante, por presentar \_\_\_\_\_

1. La Inseminación Artificial con semen de donante (IAD), consiste en la **colocación de espermatozoides procedentes de un Banco de Semen** conservado mediante congelación, debidamente acreditado por la Ley, **dentro del útero** en fecha ovulatoria (coincidiendo con la ovulación de la mujer).

2. Las **indicaciones** de esta modalidad terapéutica para el tratamiento de la esterilidad de la pareja son múltiples, pero la mayoría son **alteraciones severísimas del seminograma** del varón, así como alteraciones cromosómicas o genéticas del varón. Quedan excluidos los casos de obstrucción tubárica. También se puede plantear como tratamiento alternativo a técnicas como la Fertilización "in vitro" (F.I.V.) en casos de seminogramas moderadamente patológicos, en los que la inseminación homóloga (semen de la propia pareja) está contraindicada. Se pueden realizar hasta un máximo de **6 ciclos** de IAD.

3. La IAD se puede realizar en **ciclo natural o con estimulación de la ovulación**. En caso de estimulación, la mujer recibe una serie de fármacos hormonales, vía subcutánea o intramuscular, cuya finalidad es aumentar el número de ovocitos (óvulos) y controlar el momento de la ovulación, mejorando las posibilidades de gestación en mujeres anovuladoras y normoovuladoras. En el caso de que el ciclo sea inducido, la pauta de tratamiento a seguir, siempre y necesariamente será indicada por el ginecólogo, que la establecerá según los controles ecográficos y/o analíticos a realizar. En la fecha indicada se realizarán la/s inseminaciones intrauterinas con cánula flexible. La inseminación en sí, no es una técnica dolorosa, el depósito de espermatozoides se realiza intraútero con dicha cánula, lo que no representa más molestia que la que puede causar una simple citología. Se realiza en consulta y supone tan sólo 5 ó 10 minutos, seguidos de unos 15 minutos de reposo.

4. La paciente se pondrá en contacto personalmente con el **Banco de Semen** y acordarán la manera de remitir las muestras de semen al Servicio de Ginecología el día de la/s inseminación/es, normalmente, por mensajería. La identidad del donante permanecerá anónima, y se intenta que el color del pelo, ojos y piel sea parecido al de la pareja. Los costes del Banco de Semen correrán a cargo de la paciente.

#### 5. **Complicaciones y riesgos:**

- El **embarazo gemelar (18%) y múltiple** –tres o más fetos- (2%). Los porcentajes señalados corresponden a casos de estimulación ovárica.
- **Síndrome de hiperestimulación ovárica**, respuesta exagerada al tratamiento de estimulación del ovario. Puede ser leve, moderado y grave; en el último caso requerirá ingreso hospitalario por posibles alteraciones de la coagulación sanguínea, función renal o hepática (menos del 1%). Si se produce un embarazo, las posibilidades de hiperestimulación aumentan.
- **Otros riesgos:** embarazo ectópico, infecciones genitales, torsión o rotura de ovario, reacciones alérgicas.

Se describen riesgos psicológicos en forma de estados de ansiedad y depresión tanto en el hombre como en la mujer. Se discute sobre si la estimulación ovárica pudiera favorecer discretamente el cáncer de ovario.

La probabilidad de aborto y de malformaciones fetales una vez conseguido el embarazo mediante IAD, son las mismas que las de un embarazo natural, salvo en casos de embarazo múltiple.

7. **Resultados:** como término medio, la probabilidad de dar a luz a un recién nacido es aproximadamente un **10%** en cada ciclo intentado de IAH. Existen otros tratamientos más complicados, como la Fertilización “in vitro” (F.I.V.), o la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (I.C.S.I.), con mayor tasa de éxitos (22%) pero mucho más costosos y con más riesgo de complicaciones. En todo caso, no son alternativas posibles en situaciones de azoospermia total.

El éxito de estas técnicas depende en gran medida de la causa que motiva la esterilidad y de la edad de la mujer, disminuyendo mucho después de los 38-40 años. Existen procesos adherenciales abdominales que dificultan la movilidad de las trompas y han podido pasar inadvertidos en las técnicas diagnósticas habituales en Reproducción.

Las explicaciones se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que le ha atendido le solicita que haga todas las observaciones que crea oportuno para aclararle todas las dudas que se le planteen.