

CURSO ANUAL DE AUDITORIA MEDICA

HOSPITAL ALEMAN 2010

MONOGRAFIA FINAL

ESTERILIDAD / INFERTILIDAD



- **MARTA CARDOZO**
- **ROXANA LUGONES**

INDICE

INTRODUCCIÓN _____	3
ESTERILIDAD _____	3
DEFINICIÓN _____	3
ESTERILIDAD EN EL HOMBRE _____	4
ESTERILIDAD EN LA MUJER _____	5
FACTORES QUE DETERMINAN LA ESTERILIDAD _____	6
FACTOR MASCULINO _____	6
FACTOR CERVICAL _____	7
FACTOR OVULATORIO _____	7
FACTOR PERITONEAL _____	8
FACTOR GAMETICO _____	8
FACTOR TUBARICO _____	9
FACTOR ENDOMETRIAL _____	10
FACTOR EMBRIONARIO _____	10
SIN CAUSA APARENTE _____	11
ANALISIS Y DESCRIPCION SOBRE LOS DISTINTOS METODOS Y TÉCNICAS EN REPRODUCCIÓN HUMANA _____	13
BREVE COMENTARIO _____	13
INDICADORES DE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS QUE SE REALIZAN _____	14
INSEMINACION ARTIFICIAL _____	14
CON SEMEN DE LA PAREJA _____	14
CON SEMEN DE DONANTE _____	14
SEGÚN SE DEPOSITE EL SEMEN _____	15
INTRACERVICAL _____	16
INTRAUTERINA _____	17
INTRAPERITONEAL / INTRATUBARIA _____	18
FERTILIZACION IN VITRO _____	19
TRATAMIENTO EN PACIENTES ONCOLOGICOS _____	21
LA CRIÓ PRESERVACION _____	21
Que es la crío preservación _____	21
El procedimiento a seguir por los pacientes _____	22
MARCO LEGAL _____	23
Marco Regulatorio para los tratamientos de la Esterilidad/Fertilidad mediante técnicas de reproducción Humana Asistida (TRHA) _____	23
OTRAS PROPUESTAS _____	25
Ámbito de aplicación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. _____	25
De los pacientes _____	27
Del procedimiento _____	29
De la crío preservación de gametas y pre embriones _____	29
CONCLUSIONES _____	31
REFERENCIAS _____	32

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es analizar de la esterilidad, su definición, sus causas, las alternativas de los métodos y el carácter de los pacientes involucrados, sean todos regulares u oncológicos, el vacío que la ley regulatoria tiene, en todos los aspectos que se refiere a estos temas, y que consideramos deberían ser incluidos, tratados y regulados sobre todo en función de las expectativas que se producen alrededor

De las personas con esta carencia, la importancia suprema que para cualquier pareja significa tener un hijo y los altos costos que se manejan en este tipo de desarrollos.

Esterilidad

Que se entiende por Esterilidad

La esterilidad es una cualidad atribuible a aquellas personas u otros organismos biológicos que no se pueden reproducir, bien sea debido al mal funcionamiento de sus órganos sexuales o a que sus gametos son defectuosos.

Las causas de la esterilidad son diversas y varían en función del sexo.

ESTERILIDAD EN EL HOMBRE

Además de examinar el historial médico y realizar una exploración física, es determinante para determinar si existe

esterilidad la obtención de una muestra de semen para analizarlo y comprobar su calidad.

A esta prueba se le llama espermograma o seminograma.

Al analizar el historial médico del varón, el médico comprueba si ha habido antecedentes de enfermedades que afectan al esperma; paperas después de la adolescencia, testículos no descendidos (criptoquirdia), infecciones genitales, alcoholismo... o si existen alteraciones como la eyaculación retrógrada, eyaculación precoz, ausencia de eyaculado (aspermia) o dificultades en la erección y penetración.

También es interesante conocer el tipo de vida o trabajo que tiene el paciente ya que determinadas ocupaciones profesionales están relacionadas con la calidad del semen y los espermatozoides. Estar mucho tiempo sentado, trabajar con fuentes altas de calor, o estar expuesto a rayos X puede ser causa de una mala calidad espermica.

Con la exploración física se detectan posibles anomalías; varicocele (dilatación en las venas del escroto) es responsable del 25% de esterilidad masculina, mala formación o escaso desarrollo en los testículos, crecimiento anormal de las mamas (ginecomastia).

El seminograma determina la capacidad de fecundación de los espermatozoides porque estudia la producción de

espermatozoides maduros, su calidad y su movilidad.

Para que la muestra de semen sea válida tiene que cumplir una serie de requisitos; debe ser obtenida por masturbación, con una abstinencia sexual de 3 a 4 días y obtenida como máximo una hora antes de su entrega en el laboratorio en un recipiente estéril.

Es mejor analizar 2 ó 3 muestras de semen con un intervalo de tiempo entre ellas antes de determinar un diagnóstico.

ESTERILIDAD EN LA MUJER

Al igual que en el hombre, se debe valorar el historial médico de la mujer y realizar una exploración física. Por fortuna, hoy en día, las mujeres estamos más mentalizadas de hacer revisiones ginecológicas periódicamente. Esto supone tener el historial médico actualizado y permite al médico conocer los datos para evaluar la situación.

Los datos sobre la utilización de métodos anticonceptivos, periodicidad en la menstruación, antecedentes infecciosos, estilo de vida (consumo de drogas, tabaco, alcohol), episodios de abortos, dolor menstrual o durante el coito... son referencias esenciales para el estudio.

En la exploración ginecológica el médico puede ser capaz de palpar alteraciones en los órganos. Durante la exploración manual el ginecólogo introduce unos o dos dedos de una mano en la vagina y con la otra palpa a través del abdomen los genitales internos: trompas, ovarios y útero para determinar su posición, tamaño y movilidad. Para observar las paredes vaginales y el cuello del útero (cervix) se utiliza un instrumento llamado espéculo. Éste instrumento puede ser de metal esterilizado o de plástico desechable y permite separar las paredes de la vagina para su visualización, así como el cuello del útero.

Otra de las pruebas claves en la exploración ginecológica es la citología que consiste en tomar una muestra de las células del cuello uterino para analizarlas en el laboratorio.

Factores que Determinan la Esterilidad:

La esterilidad puede estar producida por múltiples factores:

Una enunciación de algunas de las causas nos remite al siguiente cuadro

- **Esterilidad Factor Masculino**

Se habla de factor masculino cuando las características del semen están alteradas, sea en calidad y/o cantidad en uno o

más de sus componentes y esas alteraciones se mantienen en el tiempo.

El espermograma (espermatograma o seminograma) constituye el primer estudio para evaluar la existencia o no de un factor masculino y debe ser realizado precozmente.

- **Esterilidad Factor Cervical**

El Factor Cervical esta referido al cuello del útero, que comunica la vagina con el útero y con las trompas de Falopio, donde se encuentra el óvulo tras la ovulación. Pueden existir alteraciones anatómicas o funcionales que interfieran con el camino que sigue el espermatozoide desde la vagina (donde se deposita) hasta una de las trompas, donde se produce la fecundación con el óvulo. Entre las alteraciones anatómicas se encuentran los pólipos, quistes, traumatismos, bien ocasionales o por cirugía.

- **Esterilidad Factor Ovulatorio**

Incluyen todos aquellos casos en que no se produce la ovulación. Suelen deberse a fallos hormonales ya sea por defecto, o por exceso de alguna de los reguladores de la función sexual. El origen de estos fallos puede estar en sitios tan diversos como el sistema hipotálamo-hipófisis (centro regulador del sistema nervioso central), las glándulas suprarrenales, o el mismo ovario.

- **Esterilidad Factor Peritoneal**

El óvulo que se libera en el ovario debe ser captado por las trompas de Falopio e ingresar en el interior de la trompa donde si hubo un coito fecundante, encontrará a los espermatozoides.

Si existe un impedimento en la liberación ovular (adherencias peri ováricas) o en la captación del óvulo por la trompa o si las trompas están lesionadas o tapadas, se habla de un factor tubo-peritoneal.

- **Esterilidad Factor Gametico**

Los **gametas** son las células de los seres vivos, óvulo en la hembra y espermatozoide en el macho y que, en la reproducción sexual, se funden en el momento de la fecundación también llamada concepción. Este fenómeno da lugar a la formación del huevo o zigoto, que dará origen al embrión, cuyo desarrollo producirá un nuevo ser de la misma especie.

Si todo funcionara bien, el óvulo y los espermatozoides deben encontrarse en la trompa.

Allí, un espermatozoide penetra dentro del óvulo, produciéndose la fertilización. A partir de este momento se forma un nuevo ser, que tiene la mitad de los cromosomas del padre, aportados por el espermatozoide, y la mitad de los cromosomas de la madre,

aportados por el óvulo, en este momento se determinan el sexo y las características físicas del individuo.

Esterilidad Factor Tubarico

Aquí se incluyen todas aquellas anomalías de las trompas de Falopio. Fundamentalmente nos referimos a las secuelas de salpingitis, y una enfermedad llamada endometriosis que consiste en la presencia de tejido endometrial ectópico, ya sea en trompas, peritoneo, ovario, etc. También se incluyen aquí aquellas alteraciones del peritoneo que puedan afectar desde fuera a las trompas.

Una vez producida la fertilización, se crea un nuevo ser, que es el embrión o cigoto. En los 5 días siguientes, el embrión va a permanecer dentro de la trompa de Falopio incubándose y dividiéndose, primero en 2 células, después en 4 células, luego en 8 y así sucesivamente. Esta etapa se la define como pre-embrión.

El pre embrión todavía no está unido a la madre, y no se ha diferenciado, es decir todas las células son capaces de formar un nuevo individuo, y si los blastómeros se separaran espontáneamente, originaría un embarazo gemelar.

Para que esta etapa se produzca, la trompa tiene que estar sana, ya que esta incubación del embrión en las primeras etapas es sumamente delicada.

- **Esterilidad Factor Endometrial**

Entre el quinto y séptimo día, el pre embrión en etapa de blastocisto entra en la cavidad uterina y se implanta en la mucosa uterina (endometrio), comenzando a diferenciarse, a echar raíces (trofoblasto) que luego van a formar la placenta. Una vez implantado, el trofoblasto empieza a producir hormonas propias del embarazo, gonadotropina coriónica (HCG) que tienen por finalidad mantener la evolución del mismo.

- **Esterilidad Factor Embrionario**

El embrión una vez implantado debe seguir su desarrollo, pero muchas veces los embriones se pierden en las primeras etapas del desarrollo lo que constituye un aborto precoz.

El aborto precoz suele ser un episodio aislado y la mayoría de las parejas logran un nuevo embarazo y nacimiento sin mayores dificultades. Sin embargo, determinadas parejas tiene abortos en forma repetida.

Cuando esto sucede más de 2 veces, constituye una infertilidad.

El aborto reiterado constituye una situación muy frustrante para la pareja y que depende de múltiples causas, algunas conocidas y otras lamentablemente aún desconocidas.

- **Esterilidad Sin Causa Aparente**

Finalmente, una vez estudiadas todas las causas conocidas de esterilidad conyugal y descartada y/o corregida todos los factores hallados sin lograr el embarazo, se cataloga a la pareja como una Esterilidad sin Causa Aparente.

La esterilidad sin causa aparente se observa en el 15 al 20% de las parejas infértiles y está integrada por aquellos factores de la reproducción que aún no conocemos o que no podemos demostrar mediante las técnicas actuales de evaluación. El tratamiento de la esterilidad sin causa aparente lo constituye la fertilización asistida de alta complejidad.

La ciencia ha realizado grandes progresos en la corrección de las alteraciones que previenen cualquiera de las situaciones mencionadas. La ovulación se puede estimular mediante hormonas y a veces las obstrucciones de las trompas de Falopio son susceptibles de corrección quirúrgica.

En los hombres, el recuento espermático bajo se suele tratar con terapia hormonal, si bien en algunos casos es útil la cirugía. Si ambos métodos fracasan, los médicos recomiendan algunas veces la inseminación artificial, un proceso en el que los espermatozoides del paciente tienen la posibilidad de sumarse con los liberados en una eyaculación.

A principios de la década de 1980, la gran cantidad de casos publicados respecto a nacimientos de niños concebidos en un laboratorio dio nuevas esperanzas a muchas mujeres con lesiones en las trompas de Falopio.

Este método de fecundación in Vitro (FIV) se extiende con rapidez, a pesar de su elevado costo y de los posibles problemas legales que suscita en algunas áreas. También se realizan procedimientos con óvulos donados por otra mujer, y se transfieren los embriones después de fecundarlos mediante FIV con espermatozoides del propio marido.

En aproximadamente dos meses, el especialista en Reproducción llega al diagnóstico del porqué una pareja no puede tener hijos.

El tratamiento entonces, debe comenzar inmediatamente ya que la pérdida innecesaria de tiempo los desgasta, disminuyendo las posibilidades de éxito.

Los problemas de esterilidad comprometen a ambos integrantes de una pareja, y su estudio y evaluación debe respetar la integridad de la misma. Es clara la enorme frustración que representa la imposibilidad de tener hijos, y el frágil equilibrio en el que se encuentra una pareja ante esta situación. Lo primero que deben hacer es consultar a un especialista en reproducción ya que muchas veces, profesionales no

especializados, realizan estudios y/o tratamientos innecesarios que postergan e incluso evitan el logro del embarazo

ANALISIS Y DESCRIPCION SOBRE LOS DISTINTOS METODOS Y TÉCNICAS EN REPRODUCCIÓN HUMANA

BREVE COMENTARIO

En general el 75% de las parejas que mantengan relaciones sexuales regulares sin tratamientos anticonceptivos solo la mitad de ellas logran un embarazo en el 1er año, mientras que cerca de la mitad de las parejas que no lo lograron en ese periodo lo hará en el 2do año.

El remanente (12-13%) van a ser considerados Pacientes con dificultades para procrear pero el 25 % de ellos padecerán una esterilidad sin posibilidad

de ser revertida por tratamientos de baja y mediana complejidad, incluyendo la cirugía.

Las TRHA (TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA) en práctica desde principios de los años 80 han abierto expectativas y esperanzas en el tratamiento de la esterilidad no reversible por otros métodos

INDICADORES DE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS QUE SE REALIZAN

INSEMINACION ARTIFICIAL

En humanos, la **inseminación artificial** se aplica principalmente en casos de esterilidad.

Según la naturaleza de la esterilidad se puede distinguir dos tipos de **inseminación artificial**:

- Inseminación con semen de la pareja
- Inseminación con semen de donante.

Los métodos más simples de **inseminación artificial** (tanto con semen de la pareja como de donante) consisten en observar cuidadosamente el ciclo menstrual de la mujer, depositando el semen en su vagina justo cuando un óvulo es liberado.

Procedimientos más complicados, como depositar los espermatozoides directamente en el útero, son empleados según cada caso y aumentan la probabilidad de que la fecundación tenga éxito.

SEGÚN DONDE SE DEPOSITE EL SEMEN

Dependiendo del sitio donde se deposite el semen la **inseminación artificial** puede ser:

INTRACERVICAL

INTRAUTERINA

INTRAPERITONEAL o INTRATUBARIA.

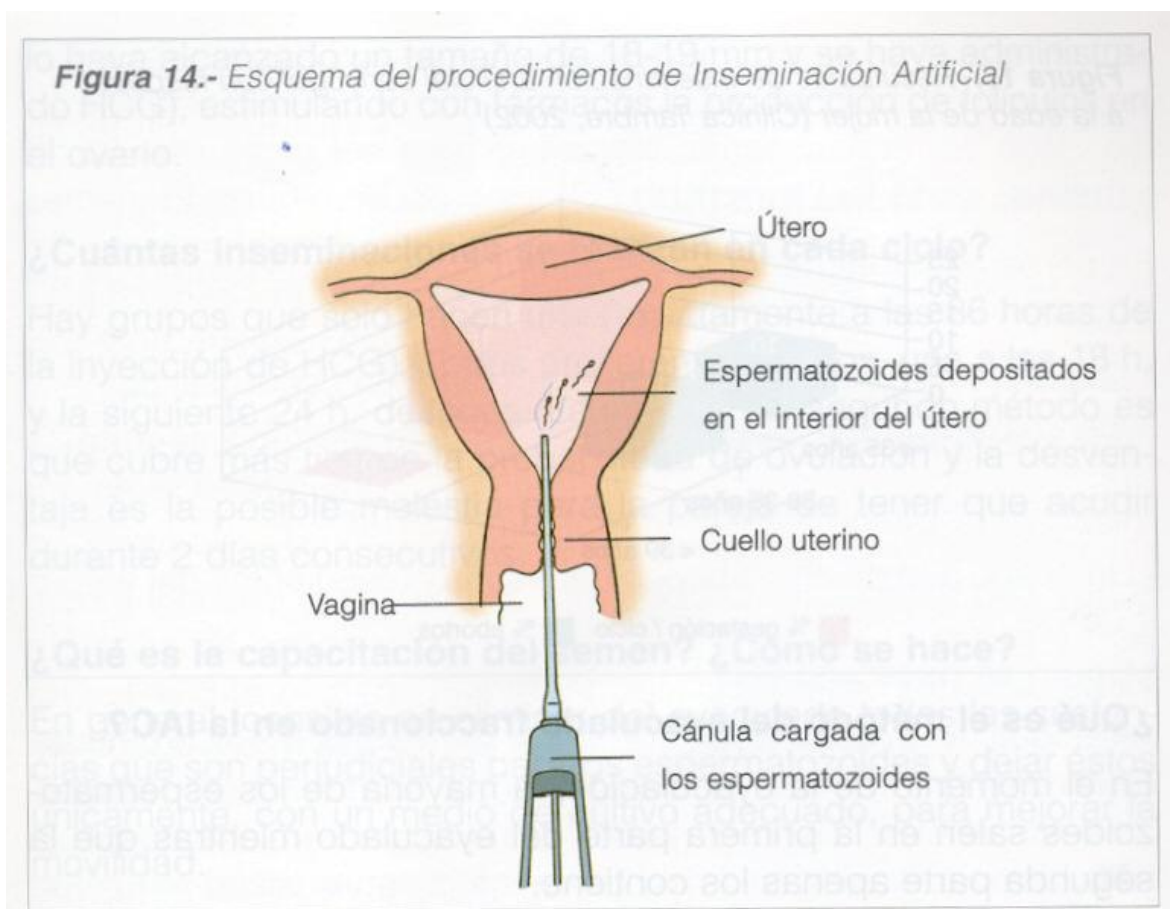
FERTILIZACION IN VITRO

Las TRHA de baja y mediana complejidad sólo facilitan el ingreso de la gameta masculina al tracto reproductivo de la mujer o acercan la gameta masculina y femenina para facilitar la fertilización en el seno materno. De esta forma la acción del profesional no interviene en la fertilización propiamente dicha y el mismo no dispone de un embrión el cual, inevitablemente, deberá ser sujeto a maniobras en ambiente de laboratorio para luego ser inserto en la cavidad uterina. Estos procedimientos en los que la fertilización y desarrollo embrionario ocurren naturalmente en el seno materno comprenden:

INSEMINACION ARTIFICIAL CERVICAL

SIMPLE

El procedimiento consiste en depositar una alícuota de semen fresco, conteniendo una cantidad apropiada de espermatozoides, en el fondo del saco vaginal o en la proximidad del, orificio cervical externo del cuello de útero.

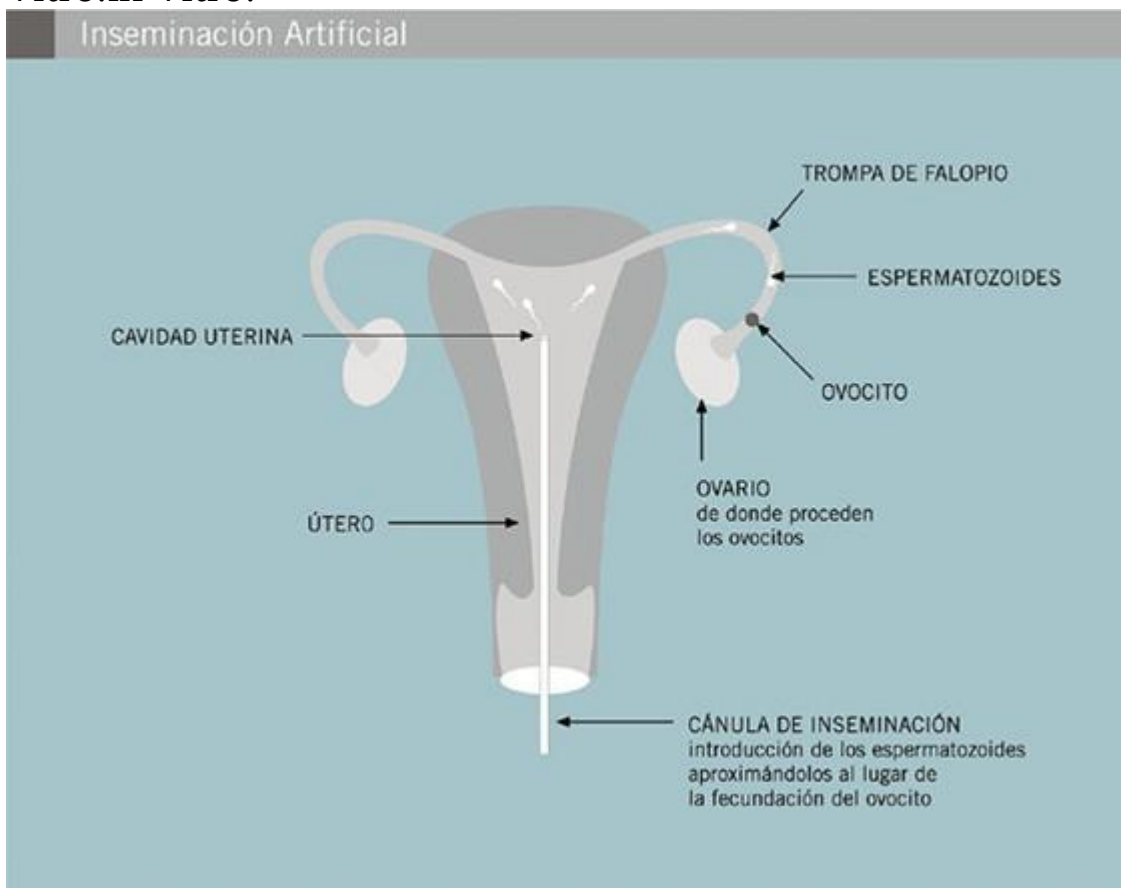


La inseminación intrauterina (IIU), con o sin hiperestimulación ovárica controlada (HOC), es una de las modalidades de tratamiento ofrecidas a parejas que trataron de concebir un hijo por al menos un año (parejas con subfertilidad). Se ha sugerido que el aumento en el número de inseminaciones de una a dos por ciclo puede aumentar la probabilidad de concepción.

INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA

El procedimiento requiere de un tratamiento en laboratorio de una alícuota del semen con el objeto de concentrar las formas espermáticas vitales, móviles y probablemente mas fértiles en volumen adecuado de un medio de cultivo artificial, el mismo es instilado dentro de la cavidad uterina mediante una jeringa conectada a un catéter que ingresa al útero a través del canal cervical.

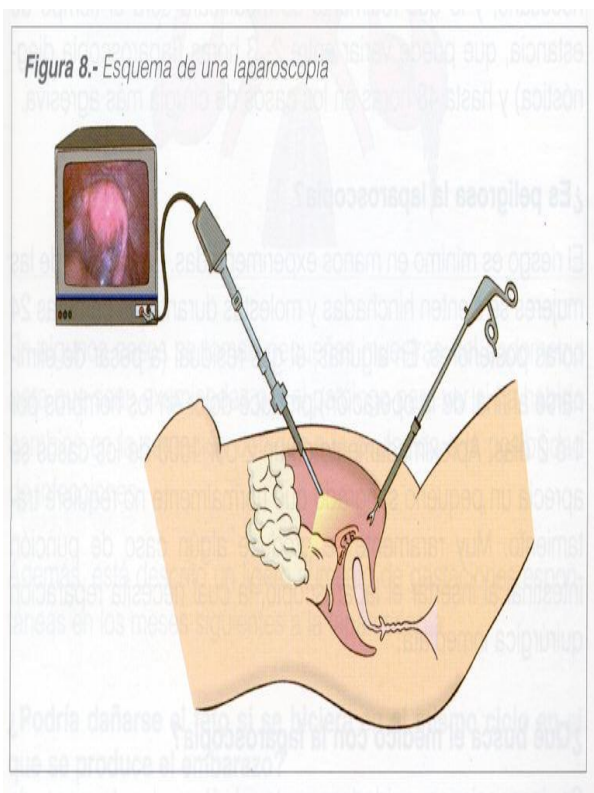
La inseminación artificial intrauterina es menos costosa que un ciclo de IVF (INSEMINACION IN VITRO), sin embargo la tasa de embarazo con inseminación artificial intrauterina es significativamente menor que con IVF. Generalmente se recomiendan tres ciclos de inseminación artificial intrauterina y si no hay embarazo el siguiente paso es la fertilización in Vitro.in Vitro.



LA TRANSFERENCIA INTRATUBARIA DE GAMETAS (GIFT, SIGLA DERIVADA DE GAMETE INTRAFALLOPIAN TRANSFER).

El método establece un tratamiento de espermatozoides al igual que en la inseminación Artificial intrauterina y la punción de folículos ováricos para la extracción de sus óvulos.

Requiere de una Laparoscopia para la propia punción ovárica y para luego canalizar el tercio externo de la trompa de Falopio y colocar en la región ampular de la misma a la suspensión de espermatozoides y óvulos en un solo acto y sin controlar si la fertilización ha tenido lugar.



Resulta claro que la indicación de los tres procedimientos enunciados requiere que el tracto reproductivo de la mujer se encuentre permeable y funcional en toda su extensión

FERTILIZACION IN VITRO (FIV)

Las TRHA de alta complejidad comprenden a procedimientos destinados a fertilizar un óvulo previamente cosechado del ovario, extraído del seno materno, y actuar sobre el huevo o cigota resultante sometiéndolo a medios de cultivo para su desarrollo y, en ocasiones, a maniobras diagnósticas para determinar su carga genética.

- La fertilización in Vitro (FIV). Comprende a la gran mayoría de los procedimientos. Involucra la extracción de óvulos del ovario de la paciente, mediante la punción y aspiración de los folículos ováricos. (Figura punción)

La fertilización de esos óvulos ocurre en el interior de una capsula de manera espontánea incubando los óvulos y un número adecuado de espermatozoides. La posterior transferencia de los embriones resultantes a la cavidad del útero se realiza mediante un catéter inserto a través del canal cervical.



- La inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI, sigla derivada de: intracytoplasmic sperm injection). Esta técnica se realiza de manera similar a la FIV pero en casos de insuficiencia en el número espermático, la fertilización se lleva a cabo de manera forzada utilizando micromanipuladores e involucra la pesca de un único espermatozoide, proveniente de un eyaculado o de una biopsia testicular y su inyección en el citoplasma del óvulo.



La posterior transferencia de los embriones resultantes a la cavidad del útero se realiza mediante un catéter inserto a través del canal cervical

- La transferencia intratubaria de cigotas (ZIFT, sigla derivada de: cigote intrafallopian transferí o también denominada TET, sigla derivada de tubal embryo transferí). Involucra el procesamiento de espermatozoides y la obtención de óvulos, de igual forma que la FIV/ICSI pero no se espera al desarrollo del huevo o cigota (óvulo fertilizado) a estados más avanzados sino que se inserta este producto de la fecundación en la región ampular de la trompa de Falopio, guiada por la laparoscopia

TRATAMIENTO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

QUE ES LA CRIO -PRESERVACION

La crió-preservación y almacenamiento de semen se ha convertido en una práctica ampliamente aceptada por nuestra cultura. La misma ha demostrado una y otra vez ser un método exitoso para mantener la esperanza de constituir una familia para muchos hombres.

Los avances en el tratamiento de linfomas, cáncer testicular, y

otros tipos de cáncer, han mejorado drásticamente el diagnóstico para los pacientes de estas enfermedades; sin embargo, estas mismas terapias (cirugías, quimioterapia y radioterapia), frecuentemente dejan a los pacientes con distintos grados de infertilidad.

El procedimiento a seguir por los pacientes:

Los pacientes que desean realizar una crió-preservación de semen, deben recoger una muestra por masturbación, en un frasco estéril para su traslado al Laboratorio. La abstinencia sexual recomendada es de 2 a 5 días.

Al entregar la muestra en el Laboratorio, el paciente deberá suministrar sus datos personales, número de documento de Identidad, y firmar un consentimiento para la realización de la práctica de crió-preservación. La muestra se descongelará y entregará únicamente al titular de la misma o a una persona previamente autorizada por él al momento de firmar el consentimiento, en ambos casos exhibiendo su correspondiente documento de identidad.

Al realizarse la recepción, el paciente debe abonar el arancel correspondiente, el cual incluye 1 (un) año del servicio de mantenimiento en el termo de nitrógeno. Este servicio debe renovarse anualmente si el paciente lo desea.

Cada muestra se fracciona, y –de acuerdo al volumen recibido–,

puede comprender de 1 a 6 tubos al momento de crió-preservar. Cada uno de los tubos es individualmente identificado y catalogado por medios informáticos. Los pacientes pueden posteriormente solicitar la descongelación parcial de su muestra, por ejemplo: un solo tubo, y los restantes permanecen en el termo para otra ocasión.

MARCO LEGAL

MARCO REGULATORIO PARA LOS TRATAMIENTOS DE LA ESTERILIDAD/INFERTILIDAD MEDIANTE TECNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (TRHA)

Uno de los capítulos pendientes de consideración luego de sancionada la Ley 25.673 y Decreto Reglamentario 1282/03, PEN que regulan la Promoción y Desarrollo de la Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la población, es el referido a la infertilidad y esterilidad

La mencionada ley en su artículo 2 menciona los objetivos del programa

a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda

adoptar decisiones libres de discriminación, Coacciones o violencia;

- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, De VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y Prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud Sexual y procreación responsable.

Otros proyectos fueron presentados ante el Honorable Senado de la Nación y olvidados y no sancionados, de una materia que de acuerdo a lo que hemos presentado no constituye hechos aislados, sino una realidad que afecta a cientos de parejas y que representa altos costos tanto para las OOSS como para los particulares.

Siendo las técnicas de reproducción humana asistida cada vez mas frecuentes, y aceptadas por la población, creemos que merece un marco regulatorio adecuado a la realidad de nuestro país.

Uno de estos proyectos que entraron al Senado y están en vía muerta lo analizamos a continuación, en la creencia que llenaría un vacío legal importante, este proyecto como otros fue preparado y presentado por un Médico experto y reconocido en la materia.

- **OTRAS PROPUESTAS**

Ámbito de aplicación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

La ley regula las técnicas de reproducción humana asistida en todo el territorio de la República Argentina

Las técnicas de reproducción humana asistida tienen como finalidad fundamental la actuación médica ante la esterilidad humana, para facilitar la procreación cuando otras terapéuticas se descartan por inadecuadas o hayan resultado ineficaces cuando probadas.

Se entiende por reproducción humana asistida a toda maniobra médica que resulte en la creación de uno o más preembriones.

Se exceptúan de la regulación por esta Ley, a las maniobras médicas destinadas a facilitar la fertilización en el seno materno. Se incluyen en la excepción: la inseminación artificial en sus variedades cervical e intrauterina y la transferencia

intratubaria de gametas (GIFT). La excepción rige mientras en la ejecución no se utilice material de donante

La reproducción humana asistida solo podrá realizarse en establecimientos públicos o privados especialmente creados a tal fin.

A los efectos de prever la futura inclusión de estas prácticas en el Plan Médico Obligatorio y leyes 23.660 (Obras sociales), 23.661 (Sistema Nacional del Seguro de Salud) y 24.754 (medicina prepaga),

Se solicitará acciones para que las TRHA reguladas por la presente Ley se incorporen dentro de las prestaciones de Hospitales Nacionales y Provinciales y de establecimientos sanatoriales dependientes de Obras Sociales y Medicina Prepaga

Se requerirá la habilitación del establecimiento o servicio por la autoridad de aplicación de la ley que calificará, asimismo, al equipo multidisciplinario de personal especializado en la materia y controlará el equipamiento y medios especialmente requeridos para asegurar el más alto nivel de prestación del servicio

De los pacientes

Toda pareja mayor de edad y capaz, constituida en matrimonio o concubinato que, luego de ser previa y debidamente informada sobre ellas, las acepten libre y conscientemente.

Debiéndose garantizar el acceso igualitario de toda la población a las mismas.

Se indicarán y realizarán solamente cuando haya probadas razones y posibilidades razonables de éxito para el método indicado y no suponga un riesgo grave para la salud del paciente y de la descendencia.

Es obligada una información y asesoramiento suficientes a los Pacientes La información detallará aspectos del procedimiento, implicancias posibles, así como sobre los resultados esperados de acuerdo a la edad, y los riesgos previsibles.

La aceptación del tratamiento propuesto se reflejará en un formulario de contenido uniforme (Consentimiento Informado) en el que se expresarán todas las circunstancias que definan la aplicación del mismo

El paciente receptor de estas técnicas podrá pedir que se suspenda su ejecución en cualquier momento del período de tratamiento, debiendo atenderse su petición.

Del procedimiento

Se prohíbe la fecundación de óvulos humanos, con cualquier fin distinto al tratamiento de la paciente que lo requiera para su procreación.

Los protocolos de estimulación ovárica, para la posterior cosecha de óvulos fertilizables, deberán adecuarse a lo estrictamente necesario para un único procedimiento excepto manifestación explícita de la pareja tratada de su voluntad de donar los óvulos excedentes.

Toda intervención sobre el preembrión desarrollado in vitro, con fines diagnósticos, no podrá tener otra finalidad que la valoración de su viabilidad o no, o la detección de enfermedades hereditarias, a fin de tratarlas, si ello es posible, o de desaconsejar su transferencia para procrear.

Toda intervención sobre el preembrión requiere que la pareja haya sido rigurosamente informada sobre los procedimientos, investigaciones diagnósticas, posibilidades y riesgos de la terapéutica propuesta y las hayan aceptado previamente.

Todos los datos relativos a la ejecución de estas técnicas deberán recogerse en historias clínicas individuales, que deberán ser tratadas con las reservas exigibles y con estricta

prescindencia de la identidad de los donantes si los hubiera, de la esterilidad de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos.

De la crio-preservación de gametas y preembriones

Se autoriza la crió conservación y funcionamiento de bancos de semen para satisfacer las demandas de preservar la fertilidad de pacientes sometidos a tratamientos oncológicos y para crió conservar espermatozoides de donantes.

No se autorizará la crió conservación de óvulos con los fines a que hace referencia el artículo precedente en tanto no haya suficientes garantías sobre la viabilidad de los óvulos después de su descongelación

Excepcionalmente los preembriones sobrantes de una TRHA, por no transferidos al útero Se crio-conservarán por un máximo de tiempo igual al que lleva repetir la transferencia de un máximo excedente de tres preembriones por haber fracasado el tratamiento precedente.

Deberá destruirse la totalidad del excedente de preembriones crió conservados luego de pasado un año desde la fecha de

realización de un procedimiento que dio lugar a un nacimiento con sobrevivencia del neonato.

Las excepciones a lo especificado en el artículo precedente serán potestad de la Autoridad de Aplicación de la presente Ley.

En el caso de espermatozoides que se encuentren crió preservados con la eventual finalidad de ser utilizados por quienes los han generado, los únicos propietarios y/o beneficiarios de los mismos son aquellas personas de las que dichas gametas han sido obtenidas. Las mismas deberán ser descartadas en el caso que sus titulares así lo soliciten o en el caso de fallecimiento del titular de dichas gametas.

CONCLUSION

Se trato en este trabajo de definir y desarrollar la problemática que hoy es una realidad.

Esta realidad como ya lo explicamos, afecta a un número alto de parejas.

Es nuestra creencia que dado el alto costo económico, se hace casi imposible acceder a tratamientos. Que existe un vacío legal, pues la normativa actual contempla aspectos relacionados con la salud, información, participación, prevención de embarazos no deseados y disminución de la morbimortalidad, por esto se debería debatir este tema en los mas altos estrados gubernamentales logrando una ampliación de la ley que contemple los tratamientos, los regule no solo desde el punto de vista económico sino también incluyendo las responsabilidades y alcances de los médicos y el posible apoyo a recibir de las OOSS, aunque este sea parcial, así como en algún momento se debatió y se apoyo una ley por la obesidad.

REFERENCIAS

- Dr. Carlos Tagle, Investigador CONICET, Jefe del Centro de Investigación y Reproducción Humana Experimental (CIRHE) Instituto Universitario CEMIC
- Ley 25.673 y Decreto Regulatorio 1282/03 - Marco Regulatorio para los Tratamientos de la Esterilidad / Infertilidad mediante Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) Dr. Carlos A. Nagle, Centro de Investigación en Reproducción Humana y Experimental del Instituto Universitario CEMIC.
- Fotografías - www.esterilidad.com