BUSCANDO EL EMBARAZO CON DONANTE

Historias reales de los últimos 35 años

Una experiencia personal

Raymond Osés

Buscando el embarazo con donante

Historias reales de los últimos 35 años

Una experiencia personal

Raymond Osés

Biografía

Raymond Osés es el fundador y director médico del banco de semen más antiguo de Argentina: CRYOBANK. Es también el fundador y asesor médico de OVOGENETIC, banco de óvulos.

Se graduó en la Universidad Nacional de Medicina de la ciudad de Rosario en el año 1979 y completó su entrenamiento en Medicina Interna en el St. Francis Hospital (Universidad de Loyola, Chicago), convirtiéndose en jefe de residentes durante el último año. Posteriormente completó una especialización en Endocrinología y Metabolismo en el Hospital VA de Martínez, California (Universidad de California, Davis). Finalmente, obtuvo un subsidio del Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos de Norteamérica (NIH) para realizar investigación clínica en la Universidad de California, San Francisco (UCSF), donde adquirió experiencia participando activamente en el campo de la medicina reproductiva.

Regresó a Argentina en el año 1986 y dos años más tarde fundó el primer banco de semen del país imitando a los ya existentes en Estados Unidos, con los que había tomado contacto durante su especialización. Esto no fue una tarea fácil debido a una fuerte resistencia por parte de la comunidad médica local y de la sociedad en general, sumado a la ausencia de reglamentaciones o leyes que ofrecieran un marco legal en esa época.

Escribió los primeros artículos relacionados al tema, que fueran publicados en las principales revistas médicas especializadas del país, estableciendo normas para la inseminación con semen de donante y para el adecuado manejo de los donantes en nuestro medio. Los mismos sirvieron de base para la difusión del servicio entre los profesionales, contribuyendo al desarrollo de esta práctica de manera significativa.

Además, ha tenido un rol fundamental en la práctica inicial de la inseminación artificial con donante en la ausencia de una pareja masculina, lo que actualmente representa una importante parte de su actividad profesional.

El Dr. Raymond Osés vive en la ciudad de Buenos Aires y tiene tres hijos.

"Algún día tu historia será la inspiración para alguien más"

Agradecimientos

Mi agradecimiento a mis mentores de la Universidad de California, San Francisco: Dres. Robert Jaffe, Robert Glass, Blake Tyrrell y Dale Mc Clure, de quienes aprendí los conceptos básicos de la medicina reproductiva.
También agradezco a los Dres. Emilio Quesada, Juan Carlos Speranza y Leopoldo Repetto, quienes me facilitaron las instalaciones de su centro (Centro de Urología Buenos Aires) para montar inicialmente el banco de semen; y al Dr. Santiago Pavlovsky (Academia Nacional de Medicina y Fundaleu) por apoyarme en los inicios de mi actividad.
Por último, agradezco a todos los profesionales del país que me confiaron sus pacientes para su tratamiento.

Dedicatoria

Este libro está dedicado a mis pacientes, quienes me han inspirado y enriquecido al hacerme partícipe de sus luchas. Asimismo, me da mucho placer saber que ayudé a muchas de ellas a cumplir sus sueños a pesar de las dificultades. Ese saber ha proporcionado un gran sentido a mi propia existencia. A todas ellas mi más profundo reconocimiento y admiración.

Prólogo

La primera inseminación con semen de donante documentada en la literatura se realizó en el Jefferson Medical Centre, Philadelphia en 1884. Un comerciante acaudalado y su mujer consultaron con el Dr. William Pancoast por infertilidad. Al diagnosticarse la azoospermia (ausencia de espermatozoides) se eligió a un estudiante de medicina de la clase para servir como donante de semen e inseminar a la mujer. Este procedimiento fue realizado sin consultar a los pacientes. Posteriormente, al constatarse el embarazo, el comerciante fue informado de los detalles de la inseminación; no así su mujer. Esta publicación apareció en la revista Medical World recién en 1909, luego del fallecimiento del Dr. Pancoast, comunicando y describiendo este tratamiento. Un siglo más tarde el enfoque del tema no presenta similaridad alguna con este caso original.

En el año 1988 fundé un banco de semen (CRYOBANK) en un país muy distinto al que conocemos hoy, y luego de treinta y cinco años de experiencia puedo brindar testimonio de los cambios y de la evolución que este tema ha tenido en Argentina. Estos cambios se han debido, principalmente, a la información proveniente de los países desarrollados y a la transformación social experimentada con relación al rol de la mujer en un nuevo escenario.

Inicialmente, algunos profesionales comenzaron a derivar a sus pacientes (parejas heterosexuales con infertilidad severa de causa masculina) para que realizara el tratamiento médico (inseminación con donante). A través de los años algunos de ellos empezaron a participar activamente del proceso y comenzamos a proporcionarles muestras de semen de donantes para que realizaran los tratamientos médicos también. A medida que la sociedad iba cambiando y más profesionales incorporaban esta práctica esta tendencia continuó creciendo hasta la actualidad.

Sin perjuicio de ello, continué haciendo tratamientos de manera personal en muchas pacientes. Años más tarde, comencé a atender la demanda creciente (hoy la principal) por parte de mujeres que buscaban ser madres en ausencia de pareja masculina (solas o en pareja con otras mujeres), logrando acumular una gran experiencia clínica de más de tres décadas.

Mi rol en la difusión del tema incluyó la comunicación de los primeros trabajos científicos y la redacción de artículos relacionados al banco de semen que fueran presentados en congresos y publicados en diferentes revistas nacionales del ámbito profesional.

La idea de escribir este libro de divulgación para el público general comenzó a cobrar vida hace algunos años. Diversas inquietudes expresadas por pacientes y distintas situaciones vividas a lo largo de tanto tiempo despertaron mi interés en transmitir esta experiencia en un tema controvertido y de actualidad como representa el formar familias a través de la donación.

Supuse que sería útil poder informar, a partir de casos reales y sus correspondientes desenlaces, con el fin de ayudar a aclarar cuestiones, para muchos ignoradas, relacionadas a los tratamientos de fertilidad por donación y su trascendencia en la vida de las personas nacidas y por nacer.

Para ello, decidí compartir una serie de casos clínicos de pacientes que atendimos (lo más variada posible, de los últimos 35 años y de manera cronológica) para ilustrar a todas las personas interesadas en esta temática.

Los casos clínicos son relatados en forma de cuentos que reflejan situaciones diferentes que han vivido los pacientes, y yo también, para compartirlos. Después de cada cuento introduzco algunos detalles médicos del tratamiento, aspectos relacionados a los donantes,

cuestiones emocionales o cuestiones legales que se relacionan con el caso descripto para que la lectura sea entretenida y, al mismo tiempo, se convierta en un aporte en un área poco conocida para la mayoría de las personas.

He confeccionado un índice con cada caso clínico elegido (capítulos), incluyendo el año en que tuvo lugar y el aspecto de la historia que quiero comentar, y los he dispuesto de manera que reflejen algunas particularidades de la época. Como los capítulos representan historias diferentes, se los puede leer sin seguir un orden. De esa forma, cualquiera interesado en un tema en particular puede comenzar por cualquier capítulo, según su interés, guiándose por el índice.

Todas las historias son reales pero los nombres de las/los pacientes y algunas circunstancias o detalles han sido modificados adrede a fin de preservar la identidad de todos los involucrados.

Espero que este libro contribuya a que muchas mujeres que están evaluando transitar el camino hacia la búsqueda de la maternidad con donante (o ya han comenzado) se sientan más acompañadas e informadas en el trayecto. Personalmente, recordar las historias al escribirlas me resultó estimulante y movilizador.

El autor

Índice

1.	Guillermo y Alicia, 1988 (Un encuentro después de 30 años)	15-19
2.	Jorge y Cristina, 1990 (Informar o no informar)	21-24
3.	Lisandro y Graciela, 1990 (Inseminación en casa)	25-29
4.	Gustavo y Ofelia, 1991 (Un agradecimiento conmovedor)	31-34
5.	Silvia, 2001 (Pareja lesbiana)	35-37
6.	María, 2005 (Mujer sola de edad avanzada)	39-43
7.	Patricia, 2007 (Resguardo de datos genéticos)	45-48
8.	Marina y Sandra, 2009 (Pedido judicial de relevamiento de identidad del donante)	49-55
9.	Belén y Soledad, 2009 - Verónica y Adriana, 2011 (Conflictos de pareja judicializados)	57-60

10. Yanina y Sabrina, 2010 (Riesgos del estímulo ovulatorio) 61-65

11. Emma y Camille, 2012 (Compartiendo el donante en simultáneo) 67-71

12. Josefina y Laura, 2012 (Pólipos de endometrio) 73-75

13. Patricia y Gonzalo, 2013 (Ovodonación en fresco) 77-79

14. Clara, 2015 (Óvulos propios previamente vitrificados y donante conocido) 81-85

15. Verónica y Estefanía, 2016 (Grados de fertilidad) 87-90

16. María y Jorgelina, 2018 (Reserva de donante) 91-95

17. Jimena, 2018 (Perseverancia) 97-100

18. María Laura y Valentina, 2018 (Método ROPA) 101-103

19. Claudia, 2019 (Embriodonación) 105-107

20. Ángela y Javier, 2022 (Ovodonación con óvulos vitrificados y semen de la pareja) 109-111

21. Carolina, 2023 (Ovodonación en fresco con donante conocido) 113-115

22. Juliana, 2023 (Doble donación con identidades abiertas y diagnóstico genético) 117-123

23. George y Yamal, 2023 (Gestación por sustitución) 125-130

Algunas reflexiones 131-135

Capítulo 1

Guillermo y Alicia, 1988 (Un encuentro después de 30 años)

Los pacientes consultaron por infertilidad en el año 1988. Guillermo había sido diagnosticado con azoospermia (ausencia de espermatozoides en el eyaculado) y sabían que una opción era realizar inseminaciones con semen de donante en su mujer. Contábamos ya con algunos donantes y estaban estudiados y clasificados, según sus características físicas, para lograr hacer un matching (semejanza) con el futuro padre (color de ojos, tipo y color de cabello, estatura, ascendencia racial, grupo sanguíneo y factor Rh entre otros detalles) y lograr cierto parecido. Las muestras estaban congeladas y codificadas para su adecuada ubicación en el termo de nitrógeno líquido para su uso posterior. La aparición del HIV en el mundo había ocasionado el fin de las inseminaciones con donantes en fresco (muestras obtenidas el mismo día del procedimiento) ya que debían contar con un análisis

infeccioso antes y 6 meses después del congelamiento (cuarentena).

Alicia logró el embarazo en el tercer intento y nació una niña. Un tiempo más tarde volvieron a la consulta para intentar tener otro hijo. Finalmente, y luego de múltiples intentos sin éxito, abandonaron la búsqueda. Guillermo se comunicaba con alguna periodicidad y un día, orgulloso, me trajo una foto de su hija pre adolescente que aún conservo. Cuando tenía algún tema de salud me consultaba; era su médico de confianza.

En el año 2018 me contactaron de un canal de televisión porque una mujer de 29 años quería conocerme. Ella había nacido a través de una inseminación que yo le había realizado a la madre. Asombrado por el pedido del canal (no recuerdo cómo fue que el canal se involucró en el tema) accedí a encontrarme con la mujer, quien ya era madre de dos hijos, en el consultorio del banco de semen. El encuentro ocurrió en presencia de una periodista y camarógrafos y fue televisado. Como Lucía (su nombre real) iba a aparecer en la televisión sin el conocimiento de Guillermo y Alicia (recién en ese momento me enteré quién era la mujer en cuestión), prefirió no ser enfocada de frente para preservar su identidad. Ella se había enterado sorpresivamente de los detalles de su concepción a través de su madre, al separarse de su padre, motivo por el cual aún necesitaba definir alguna cuestión. Resultó una experiencia única que viví con naturalidad y alegría, y creo que para Lucía fue un encuentro provechoso que necesitaba para cerrar una historia de su

vida. Felizmente así lo sentí y nunca más volvió a contactarse para indagar acerca de su donante. Tampoco volví a ver a sus padres.

Ya transcurrieron 5 años desde ese encuentro y se puede advertir lo emotivo de la situación al verlo televisado. Comparto el enlace para aquellos interesados:

https://cryobank.com.ar/telefe-noticias-entrevista-al-dr-oses/

Una breve historia sobre el comienzo:

Comencé a realizar inseminaciones con semen de donante en el año 1988. Había regresado al país en 1986 luego de haberme entrenado en Estados Unidos durante varios años. Me había asociado a una de las tres clínicas de fertilidad existentes en el país, en ese entonces, y en ninguna se realizaba la inseminación con semen de donante como una opción terapéutica para parejas infértiles de causa masculina severa, al menos de manera sistemática. La clínica no contaba con termos de nitrógeno líquido, por lo que tampoco ofrecía el servicio de almacenamiento de semen para aquellos jóvenes que debían afrontar tratamientos que podían conducir a la esterilidad permanente (quimioterapia, radiación o cirugías).

Habiendo tomado contacto con el tema en San Francisco, California, me pareció que ese servicio debía ser incorporado en Argentina. Mi entusiasmo no convenció

a los directores de la clínica, por lo que decidí montar el banco de semen en otro lugar dónde también atendía pacientes. Los integrantes del Centro de Urología, Buenos Aires se habían formado en el exterior y entendían que lo que yo pretendía era razonable e innovador, a pesar de la resistencia de muchos profesionales y de gran parte de la sociedad en aquella época, por lo cual me facilitaron sus instalaciones.

Me contacté con gente del mundo de la veterinaria para adquirir el equipamiento necesario para el funcionamiento del banco de semen (termo de nitrógeno líquido de la mayor capacidad de almacenamiento, el material necesario para la criopreservación del semen y el adecuado sistema de rotulado y codificación para su posterior identificación). Asimismo, contraté a una empresa para el llenado del termo de nitrógeno líquido que debía ser realizado periódicamente, a domicilio, para evitar el descongelamiento de las muestras.

Luego de poner a prueba la técnica de criopreservación, comencé a reclutar donantes de la Facultad de Medicina, al menos inicialmente. También asistía semanalmente al departamento de Hemato-Oncología de la Academia Nacional de Medicina, donde atendían pacientes con linfomas y leucemias, lugar desde dónde nos derivaban casos para la preservación de la fertilidad (antes de iniciar los tratamientos de quimioterapia).

Decidimos diseñar e imprimir folletos para la difusión del servicio del banco de semen que fuera distribuido por

correo ('mailing') especialmente a ginecólogos, urólogos y oncólogos, ya que era la manera de darlo a conocer entre los profesionales. Algunos de ellos comenzaron a derivar a los pacientes interesados y ese fue el comienzo de mi actividad con el banco de semen.

Guillermo y Alicia representan unos de los primeros pacientes que se acercaron por derivación. La utilización de un donante de semen para lograr el embarazo se manejaba con discreción y era la opinión de muchos de que fuera mantenido en secreto por el bien de los nacidos. Yo también consideraba que era lo más apropiado en ese entonces y lo aconsejaba. Con el tiempo, la experiencia adquirida en el mundo terminó demostrando que es preferible comunicarle al niño/niña en la infancia el verdadero origen de su concepción para evitar problemas personales y/o familiares. De ese tema me ocupo en profundidad en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

Jorge y Cristina, 1990 (Informar o no informar)

A principios del año 2018 recibí la visita de una paciente de 55 años acompañada por su hija. Los había atendido a Cristina y a su marido hacía muchos años ya que querían formar una familia y él no tenía espermatozoides. Su hija (a quien llamaré Belén) había sido concebida con semen de donante en un tratamiento que le había realizado en 1995. Su hermano mayor también había sido concebido de la misma manera, cinco años antes, utilizando el mismo donante. La madre les había contado el real origen de su concepción al separarse, lo que había provocado una conmoción familiar. El hermano (a quien yo nunca había conocido) estaba viviendo en otro país y el tema, según la madre, había sido elaborado por él en terapia. Belén, sin embargo, no había superado el trauma provocado al enterarse de la verdad. Se sentía decepcionada y su madre la había traído al consultorio para que conociera al médico responsable de su

tratamiento. Belén manifestaba un gran resentimiento y cuestionó mi actividad de manera enfática. La visita duró algo menos de dos horas durante las cuales traté de lograr una comunicación con Belén, ofreciéndome a recibirla cuando ella quisiera, aún sin la presencia de su madre. Estaba enojada con la situación, con su madre y conmigo por lo que la reunión fue algo tensa y comprobé (al igual que con Lucía en el capítulo anterior) lo traumático que puede resultar la revelación del secreto para los involucrados.

En los dos casos (capítulos 1 y 2) la develación (o revelación) del secreto fue promovido por las madres biológicas, lo que terminó ocasionando un rencor dirigido fundamentalmente hacia ellas. A pesar de que en ambos casos tanto las madres como los padres habían mantenido el secreto de común acuerdo, las madres habían sido las responsables de dar por terminado con el pacto y, tal vez, buscar resentir el vínculo con los padres (esta interpretación corre por mi cuenta). Los padres se habían comunicado conmigo con anterioridad a las visitas, relatándome lo que había ocurrido y para tenerme al tanto de la nueva e incómoda situación familiar. No volví a tener contacto con ninguno de los miembros de la familia.

Estos ejemplos concretos ilustran sobre un tema que es de gran importancia al encarar tratamientos a través de la donación. A continuación, resumo las posturas de dos vertientes contrapuestas para su análisis.

Informar o no informar:

El acceso a la información ha sido el tema más controvertido de la inseminación con donante. Los partidarios de informar sostienen que es importante para el bienestar del niño el tener acceso a la información sobre sus orígenes para construir su propia identidad. El principal argumento es que no informarle al niño sobre el real origen de su concepción viola su autonomía. Entre otras cosas, el informar puede evitar secretos de familia, los cuales pueden ocasionar tensiones en las relaciones de por vida y ansiedades entre aquellos que conocen los detalles específicos de la concepción y aquellos que no. Estas tensiones pueden exacerbarse en caso de divorcio y un nuevo casamiento.

Aquellos que se pronuncian en contra de informar sugieren que comunicarle al niño el verdadero origen de su concepción puede predisponerlo a problemas psicológicos y sociales, los cuales podrían evitarse. Esto sería aún más traumático, afirman, si el niño quisiera saber más sobre su donante y no pudiera. El no comunicar la verdad permite que los padres mantengan el tema de la infertilidad como algo privado por varias razones. Una de ellas es que el niño concebido podría rechazar a su padre, quien no ha aportado la gameta (célula reproductiva); otra sería el temor a que otros miembros de la familia conozcan la verdad.

La conducta manifestada con relación a la información varía según el tipo de familia involucrada: las mujeres solas y las mujeres lesbianas muestran una mayor tendencia a informar que las parejas heterosexuales. Esto no sorprende ya que las mujeres sin pareja masculina tienen que explicarle a sus hijos la ausencia de un hombre en el proyecto parental.

Uno no puede obligar a los futuros padres y madres de parejas heterosexuales a que informen a sus hijos sobre el verdadero origen de su concepción, pero es aconsejable recomendarlo para evitar relaciones disfuncionales familiares, ocasionadas por el secreto, o un evento disruptivo si la verdad saliera a la luz de manera inesperada como he ilustrado con estas historias. Compartir estas experiencias con pacientes que comienzan a transitar este camino puede resultar esclarecedor y motivar una adecuada evaluación sobre cómo encarar este tema.

Capítulo 3

Lisandro y Graciela, 1990 (Inseminación en casa)

A fines del año 1990 conocí a esta pareja que vivía en un pueblo del interior del país. Los dos eran muy jóvenes y Lisandro era portador de azoospermia (ausencia de espermatozoides en el eyaculado), por lo que la inseminación terapéutica con donante era la opción elegida. Al menos lo querían intentar.

Luego de realizar los estudios básicos preconcepcionales en Graciela, planeamos la inseminación en ciclo espontáneo (sin estímulo ovulatorio) para evitar el embarazo múltiple. En ese entonces yo me guiaba por las fechas de los ciclos menstruales de las pacientes (ella era regular) y la evaluación del moco cervical para definir el día de la inseminación. Felizmente para ellos, lograron el embarazo en la primera inseminación y no se volvieron a comunicar. En esa época yo no me contactaba con los pacientes para respetar su privacidad; simplemente

dejaba que ellos se comunicaran conmigo según su necesidad.

Tres años más tarde recibí un llamado de Lisandro con la inquietud de tener otro hijo.
"¿Cómo?", le contesté. *"No sabía que había nacido. Nunca más supe de ustedes…"*
Él se disculpó y me contó que tenían una hija que se llamaba Clara. Luego de la agradable sorpresa combinamos para organizar el tratamiento nuevamente. En esa época yo traía de Estados Unidos unas tiras (Ovustik) para detectar en la orina el desencadenamiento hormonal de la ovulación y las incorporé para mayor precisión en las inseminaciones. Lamentablemente, y a pesar de tener ciclos normales y ovulatorios, el embarazo no llegaba. Les costaba trasladarse a Buenos Aires con tanta frecuencia y él me preguntó si le podía enviar la muestra del donante a su localidad (muy chica, por cierto) para realizar el procedimiento él mismo y evitar trasladarse a Buenos Aires. Lo mantenían en secreto y no querían que nadie se enterara del tratamiento que estaban haciendo. Estábamos utilizando el mismo donante a partir del cual habían tenido a su hija.

Ya habíamos tomado conocimiento de que se podían enviar muestras de semen en hielo seco pero que tenían un tiempo para ser utilizadas (dependiendo del tamaño del bloque de hielo seco), ya que el mismo se iba evaporando y las muestras se descongelaban. Un banco de semen muy conocido en Dinamarca enviaba, de esa forma, muestras de semen de donantes a toda Europa, y

habíamos incorporado el sistema. Conseguíamos los bloques de hielo seco que se colocaban dentro de envases de Telgopor, los cuales, a su vez, eran sellados con cuidado para lograr la mayor autonomía (mayor duración del hielo seco) y dentro de este envase se colocaba la muestra elegida. La preparación del sistema era artesanal y los envíos requerían su logística, dependiendo del lugar de destino. De esa forma, cuando se aproximaba el momento ovulatorio realizábamos el envío al médico tratante, que contaba con 24 a 72 horas para realizar el procedimiento. Además, no era necesario devolver la encomienda una vez utilizada; simplemente se descartaba.

Lo novedoso de este caso consistía en enviarlo directamente a los pacientes. Luego de enseñarle a Lisandro, en el consultorio, a colocarle el espéculo descartable a su mujer y cómo descongelar la muestra de semen para luego cargarla en una jeringa especial para realizar la inseminación (intravaginal o intracervical), organizamos el primer envío que contaba con todos esos elementos.

Hubo varios intentos (varios envíos) hasta que se logró el embarazo, finalmente. Apenas nació su hijo Lisandro me llamó desde el Sanatorio con la noticia: "*Fuiste el último en enterarte del nacimiento de Clara, así que quiero que seas el primero en enterarte del nacimiento de Facundo"*. Nunca olvidé ese gesto que tuvo y la alegría expresada con su voz.

Y ésta fue nuestra primera experiencia con éxito de lo que se denomina ´inseminación en casa´. Desde hace algunos años, con la irrupción de parejas lesbianas que quieren utilizar este sistema para intentar el embarazo entre ellas (representan la mayoría de las usuarias de este sistema) desarrollamos un programa que es utilizado hasta el día de la fecha. Abajo describo cómo funciona el programa.

Inseminación en casa:

Para participar del programa se requiere una entrevista presencial o virtual con un coordinador de CRYOBANK para definir la estrategia, según los ciclos menstruales. Las pacientes (la mayoría de las usuarias son parejas de mujeres, como mencioné) suelen tener un ginecólogo/a de cabecera, quien las asiste con los estudios preconcepcionales aconsejados al encarar un embarazo. Pero, en general, prefieren realizar el procedimiento en la intimidad de su hogar y prescindiendo del acto médico.

Durante la entrevista eligen al donante según características físicas, detalles de su personalidad y fotos de niños. Se les proporciona un instructivo para guiarlas y firman un consentimiento especial, que hemos elaborado con asistencia legal, para poder presentar en el Registro Nacional de las Personas y anotar el nacimiento una vez ocurrido.

Al llegar el día próximo a la ovulación (algunas utilizan las tiras reactivas mencionadas para detectarla con cierta

anticipación) se organiza el envío de la encomienda descripta, conteniendo la muestra de semen del donante elegido y los elementos que mencioné para la inseminación, la cual es transportada en avión u ómnibus a un aeropuerto o terminal (dependiendo del lugar de residencia) adonde la deben pasar a buscar las pacientes. Aquellas que viven en CABA o a una distancia no muy lejana, simplemente pueden pasar a buscar la muestra descongelada por las instalaciones del banco, el mismo día del procedimiento, evitando el envío de la encomienda.

Para aquellas interesadas en conocer en detalle el programa de inseminación en casa dejo el link en Internet:

www.inbaby.com.ar

Capítulo 4

Gustavo y Ofelia, 1991 (Un agradecimiento conmovedor)

Gustavo y Ofelia consultaron hace muchos años con el deseo de formar su familia. Él no tenía espermatozoides y la alternativa consistía en la inseminación con donante versus la adopción. Sabiendo lo complicado que resultaba la adopción, prefirieron intentar la inseminación.

Ofelia se embarazó rápidamente y luego del nacimiento de su hijo volvieron a la consulta para intentarlo nuevamente. En pocos intentos lo volvieron a lograr y, esta vez, nació una niña. Habían podido tener dos hijos y pensé que no los volvería a ver, al menos como pacientes.

Ante mi sorpresa, regresaron dos años más tarde. Estaban muy felices con su familia y me preguntaron si podía ayudarlos nuevamente. *"Nuestro sueño siempre fue tener*

tres hijos", me dijeron. Su dificultad consistía en que no tenían los medios para costear otro tratamiento. Conformaban una pareja muy sólida y comprometida con su familia por lo que decidí ayudarlos sin cobrarles honorario alguno. Era la primera pareja que iba a intentar tener 3 hijos con donante en tan corto tiempo y me entusiasmaba ser parte de eso. Para que no se sintieran mal les dije: *"Algún día me podrán pagar"*, insinuando que no lo iba a hacer sin cargo, pero sabiendo que probablemente nunca pudieran pagar los honorarios. Me sentí cómodo con mi decisión y comenzamos nuevamente con los intentos. Ofelia era, obviamente, muy fértil ya que volvió a embarazarse rápidamente y concretaron su sueño. Su tercer hijo nació de parto natural.

Dos o tres años después recibí la visita de Ofelia. Esta vez vino sola y proponiéndome pagar el tratamiento adeudado con el dinero que obtendría empeñando un reloj suizo que había heredado de su madre. Le contesté que no podía aceptar ese ofrecimiento y que se olvidara del tema. Ella insistió en que lo iba a empeñar de todas maneras hasta que le dije que, si se sentía mejor, podía dejarme el reloj a mí; yo se lo iba a guardar hasta que quisiera recuperarlo ya que era una herencia de su madre. Ante mi ofrecimiento acordó traérmelo al consultorio la semana siguiente y aclarándome que nunca volvería para recuperarlo. Su decisión era firme y había sido muy meditada, me aclaró.

Una semana más tarde Ofelia regresó y me entregó el reloj acompañado de una carta que aún conservo. Iba

dirigida a la que, en ese entones, era mi mujer y madre de mis hijos. A continuación, la comparto de manera textual con la emoción de siempre.

Para la esposa del Dr. Raymond Osés

"Quizás te llame la atención y te sorprenda recibir estas líneas, pero a pesar de no conocerte, cuando a uno alguien lo ayuda tanto como nos ayudó tu esposo a Gustavo y a mí, te aseguro que uno queda agradecido hacia ese médico que te ayudó a tener hijos para toda la vida y toma cariño a él y a toda su familia. Siempre le pido a Dios que los bendiga y proteja siempre.

Quizás no puedas imaginarte con precisión la tarea de tu esposo. Pero te aseguro que, a muchísimos matrimonios como nosotros, para quienes tener un hijo era un sueño imposible, él logra convertir en dulce realidad un anhelo tan preciado en nuestras vidas.

Yo pensaba vender este reloj para cancelar una deuda que tengo con Raymond y charlando con él comentando preferí dárselo en parte de pago y él muy contento dispuso que te lo iba a regalar a vos.

Si lo vendía, no sé en qué manos iba a ir a parar. Era de mi mamá, y le tengo gran cariño por el recuerdo.

Por eso, me llena de alegría que vaya a estar en tus manos. Que lo conserve la esposa de quien tanto nos ayudó. Que este reloj marque en tu vida horas felices junto a Raymond y a tus hijos. Que Dios ampare tu hogar.

Te lo desea de todo corazón"

Ofelia

Nunca más los volví a ver ni conocí a sus hijos. Y Ofelia tampoco se comunicó para reclamar su reloj, que yo aseguré le guardaría. Entiendo que, en ese entonces, muchos pacientes quisieran poner alguna distancia conmigo (es diferente hoy en día) debido a cómo se manejaba el tema familiar y socialmente. Por otro lado, ella había terminado con la deuda que había contraído, según expresó en su sentida carta.

La conservo desde hace casi treinta años como uno de los recuerdos más entrañables de mi actividad médica y volví a emocionarme al releerla para escribir este capítulo. Gestos como éste le dieron y dan sentido a mi vida y recompensan mis pasadas luchas para organizar un banco de semen y estos tratamientos en el país. Asimismo, estoy agradecido a ellos por el reconocimiento y por haberme dejado ser parte de sus vidas. También espero que, con el tiempo, cuando mis hijos la lean y a alguna de mis hijas mujeres le toque heredar el reloj de su madre (que nunca usó) comprendan lo que significó para algunos la labor de su padre.

¡Gracias Gustavo y Ofelia!

Capítulo 5

Silvia, 2001 (Pareja lesbiana)

Silvia se presentó como una mujer sola que deseaba el embarazo con donante. Venía recomendada por una paciente. Había consultado en otra clínica, donde le habían ofrecido realizar una fertilización in vitro después de una primera inseminación fallida bajo estímulo ovulatorio. A ella le pareció muy invasivo y no estaba al alcance de su bolsillo.

Tenía 32 años y yo estaba de acuerdo en continuar con el tratamiento de baja complejidad ya que ella no presentaba ningún impedimento médico. Simplemente, nunca había intentado el embarazo, salvo por esa única inseminación. Ella parecía muy reservada y algo tímida pero determinada a buscar la maternidad. Como era lógico suponer, ya que no era infértil, se embarazó en la segunda inseminación realizada en ciclo espontáneo (sin

medicación) y 9 meses más tarde me llamó para comunicarme que había nacido su hija por cesárea.

Lo particular de este caso es que ella estaba en pareja con una mujer con una discapacidad física, a quien asistía requiriendo cierto esfuerzo, pero no me lo había comentado antes de lograr el embarazo. Sin embargo, durante el transcurso del mismo me lo comunicó ya que quería saber si podía cargar un gran peso y tuvo que explicarme el motivo de su pregunta.

Por aquellos años el tratamiento de mujeres lesbianas o solas no era común y algunas pacientes lo ocultaban por el temor a ser rechazadas; de hecho, era el caso con la mayoría de los profesionales.

Finalmente, conocí a su pareja y a la hija (al principio por foto, que aún conservo, y posteriormente en persona) cuando me consultaron 4 años más tarde para intentar otro embarazo.

Desde el año 2005 hasta el año 2009 realicé varias inseminaciones (algunas con estímulo ovulatorio) en una de las cuales se logró el embarazo que, lamentablemente, se perdió. Retomó el tratamiento por un tiempo hasta que dejó de asistir. No logrando el embarazo realizó algunas consultas con otros profesionales para renovar esperanzas (así se disculpó y lo comprendí) y no recuerdo si alguna vez pudo o quiso intentar un procedimiento de alta complejidad.

Transcurrieron muchos años desde ese entonces y conocí a muchas mujeres lesbianas por recomendación de ellas. Eran conocidas en el ambiente LGBTQI+ por la militancia de su pareja. A raíz de atenderlas a ellas y a otras pacientes fundadoras de una ONG tomé contacto con muchas parejas de mujeres e, incluso, incluía los datos de la página web del banco de semen en algunas de estas páginas como Les madres y La Fulana. Mientras difundía el servicio apoyaba a esos grupos y asociaciones.

Comenzaba a cambiar el escenario social en el país y las reglamentaciones y leyes que vinieron mucho tiempo después terminaron dándole un marco legal a esta actividad. Tuvieron que transcurrir más de 20 años para que la sanción de las mismas modificara para siempre la actitud de los profesionales con relación a los tratamientos de fertilidad en mujeres solas o parejas de mujeres. Abajo enumero las leyes que marcaron la diferencia con sus fechas de sanción.

Ley de matrimonio igualitario (No. 22.618)
sancionada el 15/07/2010

Ley de identidad de género (No. 26.743)
sancionada el 09/05/2012

Ley de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida (No. 26.862)
sancionada el 05/06/2013

Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación
sancionado el 01/08/2015

Capítulo 6

María, 2005 (Mujer sola de edad avanzada)

"¡Hola!

Mi nombre es María, no tengo pareja, y a mis 44 años ya no quiero seguir esperando al hombre ideal y me decidí a tener un hijo antes de que termine mi vida fértil.
Llevo una vida muy sana y no tengo problemas de salud.
Necesito saber cuál es el costo aproximado de la inseminación, para saber si está a mi alcance.

¡Desde ya, muchísimas gracias!"

Así se presentó la paciente por correo electrónico luego de averiguar por Internet dónde recurrir para intentar el embarazo con donante. Le contesté y solicitó turno rápidamente. Era soltera, nunca había intentado el embarazo, tenía ciclos regulares y estaba apurada por empezar ya que era consciente de su edad. Había

realizado los estudios correspondientes y tenía sus controles ginecológicos al día.

Luego de conversar sobre el tema del tratamiento, la elección del donante y de firmar el correspondiente consentimiento informado, planeamos la inseminación artificial sin estímulo ovulatorio. Ella sabía que podía llevar varios intentos y que no había garantías de que pudiera lograrlo con el escaso tiempo reproductivo que le quedaba.

Para mi sorpresa el embarazo llegó en el segundo intento, el cual fue realizado de la misma forma que el primero (sin estímulo ovulatorio y colocando la muestra en el cuello del útero), aunque utilizando un donante diferente. Muchas de las inseminaciones que realizaba, desde que comencé en el año 1988, eran inseminaciones intracervicales; es decir, que una vez descongeladas las muestras se colocaban en el cuello del útero al constatar un buen moco cervical preovulatorio. En la actualidad, la mayoría de los profesionales prefieren la inseminación intrauterina, por lo que las muestras deben ser preparadas de manera especial (método de selección espermática) en el laboratorio para poder ser introducidas dentro de la cavidad uterina. Más abajo explico las diferencias y mi mirada en relación a los tratamientos de fertilidad en mujeres que no son infértiles.

María me mantuvo al tanto de la evolución de su embarazo, realizó una amniocentesis para descartar problemas genéticos en el feto y tuvo a su hija por

cesárea. A los pocos meses me visitó en el consultorio para mostrármela y durante varios años consecutivos envió notas, tarjetas o mensajes en la fecha de mi cumpleaños.

Tratamiento de fertilidad en mujeres NO INFÉRTILES:

La infertilidad de una pareja heterosexual se define como la ausencia de embarazo luego de un año de relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos. Los protocolos de estudios se activan a partir de ese momento o antes, si existe una causa ya conocida que podría dificultar el embarazo o si la mujer tiene 35 años o más. Los estudios incluyen una evaluación de la reserva ovárica, una radiografía de las trompas y un espermograma, entre otros. Los tratamientos asistidos consisten, por lo general, en la inducción de la ovulación, la inseminación intrauterina bajo estímulo ovulatorio o la fertilización in vitro (FIV).

A mi juicio y el de muchos otros, la atención de pacientes no infértiles es diferente. No requieren, inicialmente al menos, estudios invasivos como la histerosalpingografía (a menos que tengan antecedentes de instrumentación del útero o pelvis) y pueden intentar múltiples inseminaciones intracervicales o intrauterinas antes de recurrir a una FIV, como lo hacen los heterosexuales (que tienen relaciones sexuales en lugar de hacer inseminaciones).

Las mujeres sin pareja masculina (al igual que las mujeres en pareja con hombres sin espermatozoides) básicamente representan otro grupo poblacional. No tienen problemas de fertilidad; sólo necesitan los espermatozoides en el tracto genital femenino en el momento adecuado. Lamentablemente, las coberturas, por directivas del Ministerio de Salud de la Nación, no hacen esta diferencia entre dos grupos poblacionales distintos y tratan de la misma manera a una mujer infértil de 30 años que a otra de la misma edad que no tiene pareja y nunca intentó el embarazo.

Todo esto se debe a que toda la experiencia acumulada relativa a la infertilidad se ha extraído o aprendido de parejas heterosexuales infértiles (estudios, tratamientos y resultados) y ha sido extrapolada a un grupo diferente compuesto por mujeres NO INFÉRTILES: sin pareja masculina o en pareja con hombres sin espermatozoides. Estas últimas merecen una mirada diferente y una actitud menos invasiva; lamentablemente, son pocos los profesionales que así lo interpretan siendo un concepto tan simple.

Una gran cantidad de artículos de la literatura internacional demuestran que el estímulo ovulatorio en una mujer no infértil, al realizar inseminaciones con donante, no acarrea una mayor tasa de embarazos; sí de embarazos múltiples, lo que representa un efecto no deseado. Es importante también destacar que la inseminación intracervical es igualmente efectiva en este grupo.

En las parejas heterosexuales infértiles la conducta es diferente puesto que el hombre ya deposita espermatozoides en la vagina durante la relación sexual sin lograr el embarazo. De ahí que se recomiende únicamente la inseminación intrauterina en esos casos, conjuntamente con una inducción ovulatoria.

El propósito de estas aclaraciones tiene como fin ilustrar por qué una mujer que se somete a un tratamiento de fertilidad con semen de donante pertenece al grupo de mujeres no infértiles y por qué su atención debería ser contemplada de manera diferente al de una mujer infértil.

Para mayor información al respecto dejo un link a la página web:

www.fertilidadargentina.com

Capítulo 7

Patricia, 2007 (Resguardo de datos genéticos)

El caso de esta paciente también incluye algunas cuestiones que mencioné en el capítulo anterior, al referirme al tratamiento con donante en mujeres no infértiles. A riesgo de ser repetitivo, considero importante hacer hincapié en ese concepto tantas veces soslayado. Veamos…

Patricia fue derivada por un especialista en medicina reproductiva que aún no trataba a pacientes solas que buscaban embarazo. Ella tenía 42 años y vivía en el gran Buenos Aires. Dos años antes de consultar había concurrido a un centro de fertilidad con la misma inquietud (entonces tenía 40 años) y le habían ofrecido hacer una inseminación artificial con donante bajo inducción ovulatoria (gonadotrofinas, en este caso) para incrementar las chances de embarazo, probablemente considerando su edad algo avanzada para la fertilidad. Se logró el embarazo en el primer intento… de trillizos.

Durante el transcurso del embarazo uno de los fetos no se desarrolló y el embarazo culminó con un parto prematuro a las 27 semanas con el fallecimiento de los dos bebés restantes.

Patricia me contó que había estado muy deprimida por su experiencia previa y que, sin embargo, lo había meditado seriamente y quería volver a intentarlo. Era muy regular, tomaba levotiroxina 75 microgramos/día solamente y sus estudios hormonales (reserva ovárica) y de rutina eran normales.

Le expliqué que, por lo general, yo no inducía la ovulación en pacientes no infértiles como ella, justamente para evitar los embarazos múltiples; solamente lo hacía en pacientes que no ovulaban y con cautela. De hecho, ella ya había experimentado lo que podía ocurrir con pacientes que nunca habían intentado el embarazo (no infértiles) al inducir la ovulación.

Debo aclarar que la experiencia personal e internacional demuestran que con la inducción de la ovulación con citrato de clomifeno (se administra de manera oral) es muy infrecuente el embarazo de más de mellizos. Por ello, es preferible esta medicación que la utilización de gonadotrofinas en este grupo de pacientes no infértiles, cuando no ovulan normalmente.

Le indiqué ácido fólico, firmó el consentimiento, eligió al donante según sus preferencias y comenzamos con el tratamiento que incluía una evaluación ecográfica pre

ovulatoria para confirmar la presencia de un folículo en crecimiento y decidir el día de la inseminación de acuerdo al tamaño del mismo. Se necesitaron sólo dos inseminaciones, en dos meses o ciclos consecutivos, para lograr el embarazo (único, por cierto).

No supe más de Patricia hasta el año 2010, fecha en la cual conocí a una paciente médica, amiga de ella, a quien me había recomendado para el mismo tratamiento. Esta paciente me contó que Patricia tenía una hija, que vivía en el sur, y que ambas estaban muy bien. En ese momento también me enteré que estaba en pareja con una mujer, lo que no había compartido conmigo en su oportunidad.

En el año 2011 se comunicó personalmente para solicitarme una constancia de la inseminación que yo había realizado y que había resultado en el nacimiento de su hija.

Posterior a ello, a fines del 2014, recibí un oficio judicial de la Defensoría Pública de Pobres y Ausentes a raíz de una presentación para adopción plena por parte de la pareja (mujer) de mi paciente. Venía dirigida al Banco de datos genéticos – CRYOBANK y se me ordenaba "*la preservación de los datos del dador de gametos masculino que dieron origen biológico paterno a la menor…, a fin de resguardar sus derechos, etc., etc."* El oficio fue contestado en tiempo y forma, obedeciendo al pedido.

Con posterioridad a la sanción del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (agosto de 2015) recibimos otros pedidos y nuestras contestaciones leían lo siguiente, según mi letrada:
"En tal sentido, se certifica que, de acuerdo a la legislación civil y comercial vigente, la institución resguarda y protege los datos personales del donante (la Ley no. 25.326) y que, en circunstancias de estar en riesgo la salud de la/s personas nacida/s por medio de estas técnicas con utilización de gametas donadas, podrían darse a conocer los datos médicos del donante, no así sus datos identificatorios, excepto autorización judicial de conformidad con lo dispuesto por el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación."

A raíz de estos oficios CRYOBANK extiende, en la actualidad, un documento que certifica o garantiza que se resguardarán los datos del donante durante un período de 25 años. De esa manera, evitamos estar contestando estos oficios de manera periódica.

Capítulo 8

Marina y Sandra, 2009 (Pedido judicial de relevamiento de identidad del donante)

A fines del año 2009 Marina realizó una inseminación artificial con semen de donante, con otra profesional, logrando el embarazo. CRYOBANK proporcionó la muestra del donante para dicho tratamiento.

En febrero de 2011 recibimos un oficio judicial con relación al procedimiento realizado. Aparentemente, Sandra (la pareja de Marina) había comenzado un juicio de adopción del niño nacido (era anterior a la sanción del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación) y esto había recaído en el Defensor de menores e incapaces. El mismo solicitaba remitiera al Juzgado, "*en sobre cerrado y con destino a ser reservado en caja de seguridad, la copia auténtica de toda la documentación médica y jurídica referida al presente caso relacionado con el consentimiento informado de la Sra……..*

(DNI……..) incluyendo, asimismo, el o los consentimientos informados del ***padre*** *de mi representado----------*
Se deja constancia que a los fines del cumplimiento del presente oficio queda relevado del secreto profesional."

Claramente, un donante no es un padre (*gracias al nuevo Código Civil por eso*…) y contestamos el oficio con nuestras objeciones al relevamiento de la identidad del mismo. A nuestra contestación le siguió otra resolución insistiendo con el tema y agregando "*Bajo apercibimiento de incurrir en el delito de desobediencia…"*

Nuestra última opción y resorte procesal para evitar el relevamiento de la identidad del donante (que pretendía el Defensor de menores y no la paciente ni su pareja) consistió en presentar un recurso de apelación, consensuado con nuestra letrada patrocinante, y de varias páginas, dirigida a la Jueza a cargo, quien luego de analizarlo desestimó la pretensión del Asesor y concluyó el proceso.

Esta historia refleja las controversias aún existentes en relación a los tratamientos con donantes para lo cual dejo algunos comentarios debajo (de la literatura internacional) para su lectura y análisis.

Anonimato de los donantes:

Algunos países en el mundo han cuestionado la validez del anonimato de los donantes. Esto ha generado una decisión compartida por algunos países (Suecia, Holanda, Austria, Suiza, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda, Gran Bretaña y algunos estados de Australia) de abolir por ley la utilización de semen de donante anónimo y solamente permitir la utilización de donantes que accedan a que su identidad pueda ser revelada a los concebidos con sus espermatozoides. Esto ha provocado en esos países una disminución del número de donantes dispuestos, el cierre de muchos bancos de semen y la consiguiente declinación de los tratamientos con donante con la aparición de una importante lista de espera para acceder a dichos tratamientos. Y todo esto sin poder precisar, a ciencia cierta, el impacto que esta reglamentación tendrá para todos aquellos nacidos y sus familias.

En otros países como España, en cambio, se utiliza principalmente semen de donante anónimo, al igual que en Bélgica, Dinamarca, Canadá, Japón, China, Francia, algunos estados de Australia y Argentina. En Estados Unidos de Norteamérica el gobierno continúa protegiendo la donación anónima pero permite la incorporación de donantes que accedan a ser contactados en el futuro o que su identidad sea proporcionada ('open-identity' o 'willing-to-be-known' donors, en inglés) y la

utilización de semen de donantes conocidos y elegidos por las pacientes (‘directed’ donors, en inglés). Esto también es actualmente contemplado en Argentina, luego de la sanción y entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación en el mes de agosto de 2015.

Es importante reconocer que, aún en los países donde la donación de semen se limita a donantes de identidad abierta, sólo aquellos que conozcan la historia de su concepción podrán reclamar la identidad del donante al cumplir la mayoría de edad. A pesar de que se estimula a los padres y madres a revelar a sus hijos cómo fueron concebidos, algunos pueden decidir no hacerlo. Aunque la idea original apostaba a que la utilización de donantes de identidad abierta iba a promover la revelación por parte de la/los progenitores, no se ha podido evitar que muchos padres oculten el hecho a su descendencia. Es posible y contrario a la intención de los legisladores, que el solo hecho de saber que, en el futuro, los concebidos podrían contactar a su donante, haga que los padres sean menos propensos a revelar la verdad. Por otra parte, revelar la identidad del donante no significa que el mismo acceda a mantener algún contacto personal con los nacidos con su semen, lo que lleva a preguntarse si la revelación de identidad agregaría algún beneficio u ocasionaría un problema. La postura en favor de la utilización de un donante de identidad abierta se ha relacionado a la presión ejercida por algunas mujeres sin pareja inseminadas con semen de donante que reclaman más derechos para sus hijos, como ser el acceso a la

información sobre su origen genético y la identidad del donante. Esta postura ha sido transferida a todos los tratamientos con donante, sin importar el tipo de familia involucrada.

El primer país en establecer por ley la obligatoriedad de utilizar sólo donantes de semen de identidad abierta fue Suecia en el año 1985. Durante este período (30 años) han nacido un promedio de 25 a 100 niños por año a través de estos tratamientos. Hasta junio de 2014 un total de 15 adultos contactaron clínicas para buscar información del donante (‘Dra. Claudia Lampic del Karolinska Institute, Estocolmo, responsable del seguimiento en el país’). Si tenemos en cuenta que para esa fecha ya había 600 adultos de más de 18 años y que sólo 15 buscaban información, sólo el 2,5 % de los adultos concebidos con semen de donante demostraron interés. Es posible que algunos no supieran la verdad sobre el origen de su concepción, pero, de todas maneras, el número es muy bajo y refuerza la idea de que la identidad del donante no es importante para la enorme mayoría de los concebidos de esa forma.

Informar sobre el verdadero origen de la concepción no es lo mismo que revelar (o develar) la identidad del donante. Esta diferencia es un motivo frecuente de confusión entre los que leen y opinan sobre el tema. Con la información del tratamiento realizado el niño conocería la verdad sobre su origen, lo que evitaría la posibilidad de un desengaño futuro y sus consecuencias. La revelación de la identidad del donante, en cambio,

podría introducir problemas psicológicos y sociales en el niño y su entorno cercano que aún no han sido evaluados ampliamente, además de no poder establecer el nexo con certeza en ausencia del análisis de ADN del donante. Lo que es problemático es el secreto familiar en torno al uso de la donación anónima de gametas y no la donación de gametas per se, por lo que se sugiere la identidad narrativa (comunicar el verdadero origen de la concepción) para todos los concebidos. Además, varios estudios longitudinales demuestran que no hay motivos para creer que el conocimiento del origen genético (identidad del donante) sea un requisito fundamental para la salud psicológica, sentido de identidad y red social del concebido de esta forma.

El haber prohibido el anonimato en algunos países puede haber introducido una nueva gama de cuestiones sociales y psicológicas para todos los involucrados. Estas cuestiones no se han explorado profundamente y los estudios de investigación que se llevan a cabo en la actualidad podrían arrojar más claridad en el futuro. Algunos críticos sostienen que esta prohibición de donantes anónimos ha sido, en gran parte, responsable de la brusca caída observada de tratamientos en los países afectados. Si la revelación de la identidad del donante a los concebidos se convirtiera en una obligatoriedad, también es lógico suponer una consiguiente mayor reducción de los donantes dispuestos y, por ende, de los tratamientos. O, directamente, podría ocasionar el fin de los mismos. Como resultado, los niños que quieren protegerse podrían simplemente dejar de existir.

Finalmente, preguntarles a los donantes y a los receptores que se proyecten dieciocho años en el futuro es, al menos, incierto. Por lo tanto, todos los involucrados deberían ser asesorados adecuadamente y aceptar que las circunstancias pueden modificar el acuerdo original.

Capítulo 9

Belén y Soledad, 2009 - Verónica y Adriana, 2011 (Conflictos de pareja judicializados)

Belén (26) y Soledad (36) consultaron en marzo de 2009 para intentar el embarazo con un donante de semen. Belén sería la gestante y quería comenzar cuanto antes.

Durante la evaluación preconcepcional se detectaron 3 quistes de aspecto endometrósico (con ecos internos por ecografía) por lo que aconsejé una interconsulta con su médico ginecólogo, quien evaluaba la posibilidad de una cirugía laparoscópica para extirparlos. La obra social no se la aprobaba y le sugirieron anticonceptivos que tomó durante varios meses. A pesar de que los quistes endometrósicos persistían ella quería intentar igual. Le propuse hacer un seguimiento ecográfico para evaluar si se podía observar algún folículo en crecimiento y diferenciarlo de los 3 quistes ya conocidos. Un año más

tarde y en la cuarta inseminación Belén se embarazó y fue la última vez que supe de ellas.

Es interesante reconocer que, a pesar de la endometrosis (que suele ser un motivo de infertilidad) la paciente pudo lograr el embarazo con inseminación y sin ningún estímulo ovulatorio. También sirve de ejemplo para aquellas que con otras alteraciones detectadas antes de intentar el embarazo reciben un mal pronóstico o se les indica algún procedimiento invasivo. Hay que recordar que las mujeres no infértiles pueden presentar alguna anormalidad ginecológica y aún poder lograr el embarazo simplemente intentándolo (*ver capítulo 12 para otro ejemplo*).

A fines del 2022 recibí un llamado telefónico de parte de Soledad (pareja de Belén en el 2009) y le contesté que no las recordaba ni a ella ni a Belén; nunca más se habían comunicado conmigo ni informado sobre la evolución del embarazo. Me contó que Belén había tenido un hijo pero que ahora estaban separadas y que no quería que Soledad continuara teniendo contacto con él. Soledad quería saber si yo guardaba el consentimiento firmado del tratamiento. Le confirmé que lo tenía, aunque firmado solamente por Belén por lo que sugerí procurara consejo legal en caso de querer realizar algún reclamo personal o judicial con relación a su problema. Le expliqué que no le podía dar una copia del consentimiento ya que era un documento personal firmado por Belén y me despedí telefónicamente. En general, no suelo ofrecer tanta información a ex pacientes

que no se presentan en persona y luego de transcurridos tantos años, pero la consulta telefónica resultó específica y de simple resolución.

A Verónica (32) y Adriana (23) las conocí en marzo de 2011. Se habían informado del servicio por la página web. Verónica (la que oficiaría de gestante) tenía antecedentes de un legrado y una cirugía abdominal, por lo que le sugerí realizar una histerosalpingografía (radiografía de las trompas) antes de comenzar con el tratamiento. Los estudios preconcepcionales eran normales y luego de tres meses tratando, infructuosamente, de conseguir un turno para el estudio preguntaron si podían realizar un intento, al menos, antes de continuar con el trámite con el centro de diagnóstico que habían elegido. Accedí a su pedido y en el primer intento realizado en ciclo espontáneo logró el embarazo. Al año siguiente me enteré por otras pacientes que había nacido un varón.

En el año 2016 me pidieron una copia fiel del consentimiento (en este caso ambas lo habían firmado) y una nota certificando el día de la inseminación. Luego me enteré que habían podido inscribir al niño a nombre de ambas con ese documento confeccionado en el 2011; posiblemente porque ya se había sancionado el nuevo Código Civil en el año 2015.

Pasaron varios años hasta que en 2021 y 2022 contesté un pedido judicial (el del 2022 resultó ser un oficio reiteratorio) de autenticidad del consentimiento y

constancia de inseminación. Adriana (pareja de Verónica) me había consultado en el 2021 informándome que estaban separadas y que mantenían una disputa sobre la tenencia y/o visitas con su hijo a quien ella no veía desde hacía más de un año. El niño tenía su apellido, pero vivía con la madre biológica (Verónica).

Al día de la fecha la disputa legal continúa.

Capítulo 10

Yanina y Sabrina, 2010 (Riesgos del estímulo ovulatorio)

No quería dejar de incluir este caso clínico para demostrar lo que aconsejo con relación a la inducción ovulatoria en mujeres que no son infértiles. Espero que, a lo largo de la lectura de este libro y sus historias, este concepto quede más claro.

Yanina (37) y Sabrina (27) me consultaron como pareja en el año 2010 por derivación de la asociación *Les madres* con quienes yo había establecido una relación, como mencioné en un capítulo anterior. Yanina había realizado 6 inseminaciones con semen de donante en otra institución y todas bajo estímulo ovulatorio con gonadotrofinas, no logrando el embarazo. Les expliqué cómo era mi mirada en estos casos y accedieron a intentar el embarazo en ciclo espontáneo en Yanina. Les ofrecí un pack a 7 intentos, método que utilizaba desde hacía unos pocos años y que disminuía los costos mientras ayudaba

a transitar el proceso de una manera más relajada. Las chances de embarazo con semen de donante descongelado son de, aproximadamente, el 15% por intento, lo que significa que muchas pacientes deben repetir las inseminaciones para lograr el embarazo.

Al primer intento Yanina quedó embarazada pero el embarazo no prosperó. Luego de 6 intentos más sin éxito decidieron volver a contratar otro pack antes de pensar en realizar una fertilización in vitro. Al tercer intento Yanina volvió a lograr el embarazo, pero culminó en un aborto espontáneo a las 7-8 semanas. Realizó 4 inseminaciones más, sin éxito, hasta completar los intentos que le quedaban y la decisión de ambas fue que continuara Sabrina con el tratamiento. Los embarazos de Yanina no habían prosperado y ya tenía 40 años. Pensando que, probablemente, la calidad de sus óvulos no fuera la adecuada descartaron la fertilización in vitro en ella como opción además del costo implicado, el cual no podían afrontar.

Luego de la evaluación ginecológica correspondiente le llegó el turno a Sabrina, quien era bastante más joven (29 en ese momento). Convinimos en organizar otro pack de 7 intentos y comenzamos el tratamiento con una salvedad: Sabrina no ovulaba normalmente y requería estímulo ovulatorio. Comenzamos con citrato de clomifeno, y a medida que transcurrían los intentos sin éxito agregué una mínima dosis de gonadotrofinas para combinar con la medicación oral y lograr una mejor respuesta del endometrio (revestimiento interno del

útero). En ocasiones, el clomifeno no lo deja engrosarse adecuadamente.

Al llegar al intento número 7 y con el estímulo descripto Sabrina realizó una ecografía en un instituto (yo aún no contaba con un ecógrafo en el consultorio del banco) y me comunicó telefónicamente que se observaban tres folículos de 20 mm. Entonces le indiqué la dosis de hCG para descargar la ovulación y 48 horas más tarde concurrieron a mi centro. Yo había descongelado la muestra y, mientras se acomodaba en la camilla para el procedimiento, le pedí me mostrara el informe escrito de la ecografía transvaginal.

En ese momento descubrí que se informaban, efectivamente, tres folículos de 20 mm y ¡otros tres de 18 mm! *"Son muchos folículos…podés tener un embarazo múltiple"*, le dije. Ambas me miraron y me contestaron *"No nos importa…"*

Yanina había realizado un total de 20 inseminaciones con dos embarazos perdidos y Sabrina llevaba 6 inseminaciones sin éxito. Se enfrentaba a su séptima inseminación (¡la número 27 entre las dos!). En ese momento tuve dudas y, finalmente, decidí realizar la inseminación y no cancelarla; era una situación fuera de lo común por el gran número de intentos fallidos. Preferían un embarazo múltiple que ningún embarazo.

Y así fue que aparecieron los trillizos: un embarazo sin complicaciones y tres varoncitos de buen peso al nacer.

Corría el año 2014, y se acercaba la fecha del mundial de fútbol, cuando recibí la visita de las chicas con sus tres hijos vestidos con la camiseta del seleccionado de Argentina. Vinieron a última hora para que los conociera y para despedirse porque se mudaban al sur; tenían parientes allá y, naturalmente, requerían ayuda. Durante la visita aprovechamos para tomar unas cuantas fotos que, obviamente, conservo. Era la primera vez (y única) que alguna de mis pacientes terminaba embarazada de trillizos a través de una inseminación.

A pesar de que el embarazo múltiple es un efecto no deseado de los tratamientos de reproducción asistida, creo que este caso reúne algunas características que lo hace especial. Por suerte para ellas pudieron armar su familia y estaban tan contentas el día en que las vi por última vez que me perdoné el haber flaqueado, ante su insistencia, y no cancelado la inseminación.

Pack de inseminaciones:

En el año 2005, luego de muchos años de hacer inseminaciones con donante y vivir las frustraciones, la ansiedad, los abandonos y los fracasos por parte de muchas pacientes, tomé la decisión de ofrecer un método especial para lograr más embarazos. El mismo consistía en ofrecer un pack de intentos a un costo inferior y lograr que las pacientes vivieran el tratamiento como un proceso más llevadero y no de inseminación a inseminación (de mes a

mes o de ciclo en ciclo), con el estrés y angustia que conlleva enfrentar cada intento fallido.

La experiencia fue muy positiva logrando muy pocos abandonos y, por consiguiente, más embarazos, motivo por el cual continué ofreciendo el método de manera rutinaria. Algunas pacientes (las menos) prefieren encarar las inseminaciones de a una, sobretodo a una edad más avanzada.

En la página web ***(www.fertilidadargentina.com)*** explico más detalladamente las ventajas del método. También incluyo una sección de estadísticas (cito varios artículos de la literatura internacional y de diferentes centros y países) donde se puede constatar el porcentaje de éxito por intento de inseminación con donante y el hecho de que el estímulo ovulatorio no aumenta las chances de embarazo, aunque sí la de múltiples. Obviamente, aquellas pacientes que no ovulan normalmente necesitan realizar el estímulo. En uno de los artículos (Universidad de Tel Aviv, Israel) un cuadro refleja cómo las pacientes abandonan el tratamiento a medida que se acumulan los intentos fallidos y crece la frustración.

En resumen, en las pacientes que se someten a este procedimiento, lo aconsejable (en lo posible) es iniciar los intentos en ciclo espontáneo (natural) y anticiparles que pueden ser necesarios varios intentos para lograr el embarazo como ocurre en la población general heterosexual, cuando lo buscan a través de las relaciones sexuales.

Capítulo 11

Emma y Camille, 2012 (Compartiendo el donante en simultáneo)

Las pacientes fueron derivadas por la organización *Les madres* y las conocí el 26 de enero de 2012. Habían venido de Francia para instalarse en el país. Camille trabajaba en una multinacional y Emma hacía cursos de español, entre otras actividades. Se habían contactado con esa organización por su condición de lesbianas y buscaban asesoramiento. Varias de la organización me conocían bien o habían hecho tratamiento conmigo, por lo que me recomendaron.

Emma había realizado un total de 7 inseminaciones en Copenhague, Dinamarca, trasladándose desde París, donde residían por ese entonces, para los procedimientos. En Francia estaba prohibido para los médicos, en esa época, realizar estos tratamientos en parejas de mujeres o mujeres solas, por lo que las francesas en esa situación

debían viajar a Dinamarca, España o Bélgica para ello. Su país les negaba esa posibilidad.

Cuando decidieron realizar el tratamiento conmigo, rápidamente comprendieron los motivos del pack de inseminaciones que yo ofrecía. Emma había intentado el tratamiento en Europa en siete oportunidades sin éxito; algunos intentos habían sido realizados en ciclo espontáneo y otros bajo estímulo gonadotrófico (inyectable).

Emma (33 años de edad) retomó el tratamiento conmigo y realizó 6 inseminaciones sin éxito. Estaba pensando en someterse a una fertilización in vitro, pero antes querían ascender el Aconcagua; ya habían ascendido el Kilimanjaro con anterioridad.

A principios de 2013 consulta Camille (34 años de edad) y me cuenta que Emma había realizado una FIV con donante sin éxito, con otro profesional, por lo que era ella la que ahora quería intentarlo. Luego de los estudios pertinentes comenzamos con las inseminaciones y en el quinto intento se consiguió el embarazo tan deseado.

Durante el transcurso de estos casi dos años desde que las conocí, viajaron a Francia en dos o tres ocasiones. El padre de Camille había fallecido en el 2012.

El embarazo de Camille transcurría sin contratiempos y eso motivó a Emma a realizar la séptima inseminación conmigo (le quedaba 1 intento) sin éxito.

Inmediatamente, luego del fracaso de ese último intento decidió repetir la fertilización in vitro con mi equipo. Emma tuvo pocos óvulos maduros y se logró la fertilización de dos de ellos, utilizando el mismo donante de Camille, y fueron criopreservados en día 3 (hoy en día es más habitual la transferencia embrionaria en día 5). La idea era transferirlos después del nacimiento de la hija de Camille.

Camille tuvo a su hija en Buenos Aires y ambas ya se volvían a Francia, dejando Argentina definitivamente. Eso había motivado el apuro por parte de Emma, a quién le realizamos la transferencia de los dos embriones criopreservados. La subunidad beta le dio positiva y el día antes de su partida a Europa le realizamos una ecografía, constatando la presencia de un único saco en el interior del útero. Ese fue el último día que las vi. Ambas retornaron a Francia con su beba y el incipiente embarazo de Emma que culminó con el nacimiento de otra niña.

Hace algunos años me enviaron fotos de las niñas ya más grandes y, observando a las cuatro juntas, se puede advertir cómo las niñas se parecen a sus madres biológicas. De hecho, Emma es rubia igual que su hija mientras que la hija de Camille es morocha como ella. Hago el comentario porque las dos niñas fueron concebidas con el semen del mismo donante. De todas formas, las niñas son parecidas entre sí y se llevan pocos meses.

Unos pocos años más tarde recibí una postal de ellas con la foto de sus ¡tres hijos!: un varón. También estaba el perrito familiar en la foto y unas palabras afectuosas y saludos de ambas. Imagino que Camille (la más fértil) habrá sido quien volvió a hacer el tratamiento en España (estaban residiendo ahí). Nunca pregunté esos detalles y me alegré mucho de tener noticias suyas nuevamente y de saber que habían agrandado la familia.

Turismo reproductivo:

Algunos países han legislado sobre la donación de gametas y, de acuerdo a la postura cultural, religiosa, ética y política, han contemplado la cobertura social de la misma, establecido límites o directamente prohibido el acceso a dicha práctica (especialmente a las parejas de mujeres o a las mujeres sin pareja). Ello ha llevado a muchas mujeres a realizar tratamientos de reproducción asistida en otros países para lograr su objetivo. Esto se ha denominado 'turismo reproductivo'. El término es considerado erróneo ya que lo que las impulsa es el alto costo, las prohibiciones y/o limitaciones para realizar los tratamientos en sus propios países de residencia y no un interés turístico per se. Otros han propuesto el término 'exilio reproductivo', que mejor describe los verdaderos motivos inherentes al traslado y, más recientemente, 'tratamientos reproductivos a través de la frontera'. Este último es el término que ha tenido mayor aceptación, siendo el que se utiliza con mayor frecuencia (CBRC, por sus siglas en inglés).

Algo que los respectivos legisladores no deben haber considerado seriamente al promulgar las leyes, es que las ciudadanas de un país pueden lograr el embarazo en otro país y volver a parir a sus hijos en su país de origen, quienes forzosamente se convierten en ciudadanos. El estado les pone trabas a las futuras madres pero no puede impedir la incorporación de estos nuevos ciudadanos, concebidos en otros países, y solventar el costo de los problemas ocasionales derivados de los tratamientos realizados, como son los embarazos múltiples, los embarazos de alto riesgo, las malformaciones congénitas o las discapacidades. Por otro lado, algunos bancos de semen exportan muestras de donantes a diferentes países para lo que se ha denominado 'inseminación en casa', lo que complica aún más el panorama.

La historia de Emma y Camille es una muestra de lo que ocurre en otros países y las dificultades que enfrentaron para acceder al tratamiento por su elección sexual. Ellas lograron tener hijos con tratamientos en Argentina y en España luego de haberlo intentado en Dinamarca, sin éxito. Sus hijos, finalmente, se convirtieron en ciudadanos franceses a pesar de las prohibiciones en su propio país.

Capítulo 12

Josefina y Laura, 2012 (Pólipos de endometrio)

Esta pareja de mujeres consultó en el año 2012 con la intención de tener un hijo. Josefina realizó los estudios preconcepcionales correspondientes y comenzó a tomar ácido fólico 1 mg/día. Decidieron comenzar rápidamente y pidieron que el donante tuviera las siguientes características: estatura media, pelo castaño y ojos marrones; no tuvieron otras exigencias. Josefina tenía 32 años, Laura 30 y estaban casadas.

Realicé la primera inseminación en un ciclo espontáneo, como es mi costumbre en mujeres no infértiles, y durante la primera ecografía de monitoreo observé un pólipo de endometrio de aproximadamente 8 mm. La inseminación no resultó en un embarazo y tuvimos una consulta relacionada al hallazgo ecográfico. Les mencioné que podía confundirse con un engrosamiento del endometrio en ese momento del ciclo y decidí realizar otra ecografía

en otro momento (después del sangrado menstrual en un ciclo posterior) para corroborar su presencia. Definitivamente se trataba de un pólipo y la mayoría de los profesionales hubiera aconsejado su extirpación.

Les comenté que había trabajos que demostraban que las mujeres se podían embarazar, aún en presencia de pólipos y que, considerando se trataba de una mujer no infértil, sugería continuar con el pack de inseminaciones antes de decidir la extirpación. Ellas estuvieron de acuerdo y continuamos con el tratamiento. En la cuarta inseminación se logró el embarazo y su beba nació de un parto sin complicaciones.

Tres años más tarde volvieron a consultar porque querían tener otro hijo. A pesar de que la idea original era que Laura intentara esta vez, ella tenía problemas lumbares y prefería que fuera Josefina la que volviera a hacer el tratamiento.

No habían reservado muestras del mismo donante, pero estaban disponibles, por lo que opté por realizar las inseminaciones (siempre en ciclo espontáneo para evitar el embarazo múltiple) con el mismo donante. A la segunda inseminación Josefina quedó embarazada (el pólipo presente) y tuvieron un varoncito.

Las vi por última vez en el año 2017, cuando vinieron con su hijo más chico para llevar una copia del consentimiento y una nota mía para el registro correspondiente del nacimiento y filiación. A través de

los años me han recomendado a amigas o conocidas en situación similar (sin pareja masculina) por lo que me he enterado un poco de sus vidas.

Este caso es importante para reforzar el concepto de que las mujeres no infértiles merecen una mirada diferente a la hora de contemplar su evaluación y tratamiento. Los embarazos en este grupo de mujeres son posibles, aún en presencia de anormalidades anatómicas y sin visitar un quirófano. Otro ejemplo de ello es descripto en el *capítulo 9* (Belén y los quistes endometrósicos).

Capítulo 13

Patricia y Gonzalo, 2013 (Ovodonación en fresco)

Los conocí en el año 2013. Habían comenzado la búsqueda del embarazo hacía pocos meses, pero estaban apurados por la edad; ambos contaban con 43 años y la preocupación consistía en la edad de Patricia. En otra institución les habían sugerido la ovodonación, pero no estaban preparados psicológicamente para encarar un tratamiento de esa forma. El espermograma de Gonzalo era normal y la reserva ovárica de Patricia disminuida, acorde a su edad.

Les sugerí inducir la ovulación con gonadotrofinas, intentado buscar el embarazo con coito natural. Un ciclo transcurrió sin éxito y el siguiente realicé una inseminación intrauterina, también con estímulo gonadotrófico. Como en este caso tampoco se logró el embarazo, se decidieron por la fertilización in vitro luego de descansar un ciclo.

La respuesta de Patricia fue razonable y se obtuvieron tres embriones de Día 3, los cuales fueron transferidos todos juntos. En aquella época no era rutinario dejar que los embriones llegaran a Día 5 (blastocisto) y la edad de Patricia y, por lo tanto, su calidad ovocítica nos llevó a tomar esta conducta. Tampoco hubo embarazo.

A esta altura de los acontecimientos, la postura de ambos fue modificándose con el tiempo y, luego de algunas consultas y charlas, decidieron intentar la ovodonación (que habían rechazado, inicialmente) un año después de la fertilización in vitro fallida, habiéndolo intentado naturalmente todo ese tiempo.

Con la segunda transferencia de un ciclo de ovodonación Patricia y Gonzalo lograron un embarazo gemelar a término.

Ovodonación:

La ovodonación se ha convertido en un tratamiento de reproducción asistida frecuente. La búsqueda de la maternidad a una edad más avanzada se debe a los cambios sociales y al rol de la mujer en un nuevo escenario. Sin embargo, la edad fértil de la mujer no se ha modificado y esto, necesariamente, ha resultado en un aumento de estos tratamientos en el mundo occidental.

La mayoría de las clínicas buscan donantes de óvulos para conformar a una clientela cada vez más abultada y han desarrollado programas de ovodonación para satisfacer la demanda. La ley de cobertura nacional incluye el acceso a la ovodonación como práctica, lo que complica el escenario en relación a la cantidad de donantes necesarias para una creciente población y ocasionando una lista de espera (a veces muy prolongada) para acceder al tratamiento.

Los ciclos de ovodonación se realizan en fresco, por lo general, lo que significa que la receptora debe aguardar a que se le asigne una donante (junto a otras receptoras) para poder iniciar el tratamiento. Y cada donante obtiene óvulos que son compartidos por más de una receptora. El número de ovocitos requeridos y las características físicas buscadas por muchas pacientes (buscando alguna semejanza con la receptora) ha llevado a que aparezcan bancos de óvulos vitrificados (congelados) en el mundo occidental para poder cumplir con las demandas.

De este tema (banco de óvulos) me ocupo en profundidad en los *capítulos 20 y 22*.

Capítulo 14

Clara, 2015 (Óvulos propios previamente vitrificados y donante conocido)

A Clara la conocí en el año 2015, recomendada por una paciente que había sido madre por doble donación (óvulos y espermatozoides). Tenía 40 años, en ese entonces, y ya había realizado 4 inseminaciones con semen de donante en otra institución, sin éxito. Me comentó que había criopreservado 20 ovocitos a los 35 años y que renovaba el contrato de mantenimiento anualmente.

Inicialmente iba a continuar con las inseminaciones con nosotros, pero decidió esperar un tiempo ya que un amigo se había ofrecido a ayudarla auspiciando de donante. Como vivía en Europa él se trasladó a Buenos Aires y procedimos a criopreservar muestras de semen en el banco para utilizar en su tratamiento, luego de firmar una autorización para que fueran utilizadas para Clara

exclusivamente. Las muestras del donante conocido resultaron tener menos espermatozoides y menor movilidad que lo normal por lo que la fertilización in vitro – ICSI parecía la estrategia a seguir.

Durante los años 2016 y 2018 realizó dos fertilizaciones in vitro con sus óvulos en fresco (con un par de transferencias en cada una) sin lograr el embarazo y la conclusión fue la de intentar el procedimiento de alta complejidad con los ovocitos vitrificados. Para ello, organizamos el traslado de los mismos a nuestra institución.

En el primer intento de fertilización in vitro descongelamos 12 de los 20 ovocitos criopreservados y los fertilizamos: la mitad de los ovocitos con un donante anónimo y la otra mitad con el donante conocido. Los resultados obtenidos, de la fertilización con ambos donantes, no fue muy diferente entre sí y tampoco tuvimos éxito transfiriendo los embriones resultantes (primero los obtenidos con el donante conocido y el segundo con el donante anónimo).

Clara seguía muy firme con su deseo de ser madre y luego de varias deliberaciones y dos años más tarde se decidió a desvitrificar los 8 óvulos remanentes e intentar sólo con el donante conocido. Si no lograba el embarazo de esa forma intentaría con óvulos y espermatozoides donados (doble donación, como su amiga).
El procedimiento se realizó a fines del año 2020, desvitrificando los 8 ovocitos propios remanentes,

obteniéndose dos embriones de Día 5 (blastocistos) que fueron transferidos juntos. Felizmente, y luego de un embarazo sin complicaciones, nacieron las mellizas por cesárea. Había logrado su deseo de concebir con los óvulos criopreservados tantos años antes…

La perseverancia y actitud optimista de Clara fue determinante para el logro de este embarazo tan buscado. A través de los años tuvimos muchas consultas y conversaciones sobre el tema y fue un privilegio haber podido intervenir y acompañarla en los momentos más difíciles. Nos hemos reunido con posterioridad al nacimiento de sus hijas y es una enorme alegría recordar el trayecto y el resultado de su búsqueda al escribir estas líneas.

´Vitrificación´ de ovocitos:

Este caso ejemplifica la importancia de criopreservar ovocitos a una edad temprana. En general, las pacientes se acercan rondando los 38 o 39 años cuando la fertilidad ya ha disminuido y es menos probable recuperar una buena cantidad de ovocitos, salvo excepciones. Cuantos más ovocitos se puedan criopreservar mayor será la posibilidad de obtener un embarazo a término. De todas formas, es mejor hacerlo cuando surge la inquietud ya que representa, al menos, una chance de lograr el embarazo por fertilización in vitro a una edad más avanzada, si el deseo aparece con posterioridad a menudo

motivado por el comienzo de una relación afectiva con planes de formar una familia.

Transporte de gametas:

Desde hace unos años contamos con un sistema de transporte de gametas, habilitado por el Ministerio de Salud, y es el sistema que utilizamos para enviar material criopreservado (muestras de semen o lotes de ovocitos) a diferentes clínicas o centros de fertilidad. Asimismo, ocasionalmente transportamos material criopreservado entre clínicas.

Dejo el link que explica cómo funciona el servicio y los tipos de envíos:

www.cryoenvios.com.ar

Programa de donante conocido:

En CRYOBANK hemos desarrollado un programa de donante conocido hace unos pocos años. A pesar de que está contemplado en el Código Civil y Comercial de la Nación desde su sanción en el año 2015, y está claro que un donante no puede reclamar filiación, hemos organizado el mismo para evitar todo tipo de problemas que pudieran derivarse de una desavenencia entre los participantes.

Para empezar, un donante conocido es tratado como un donante anónimo o de identidad abierta y debe realizar todos los estudios correspondientes (genéticos, infectológicos, etc.) y la cuarentena obligatoria. Aunque es la paciente la que elige al donante, esto no nos exime de responsabilidad ya que el embarazo es logrado con intervención médica.

La paciente (o las pacientes) y el donante conocido firman los correspondientes consentimientos del programa, desarrollados por nuestra letrada, para darle un marco legal y comprometer a los intervinientes.

*Recientemente hemos atendido a una pareja heterosexual que nos presentó a una donante de óvulos conocida (su hermana con fertilidad comprobada) para su tratamiento, por lo que hemos utilizado el programa en este caso y punzado a la donante. Los ovocitos obtenidos fueron vitrificados, aunque aún no se han trasladado a la institución para la fertilización de los mismos.

Capítulo 15

Verónica y Estefanía, 2016 (Grados de fertilidad)

Verónica solicitó un turno por internet conmigo y la conocí en el mes de septiembre de 2016. Tenía 27 años y estaba en pareja con una mujer (Estefanía) de 33 años, quien realizaría el tratamiento, pero no había podido viajar desde el Uruguay, de donde son oriundas. Se interiorizó de los detalles correspondientes a la inseminación con donante y regresó a su país.

Al año siguiente contrajeron matrimonio y en el año 2018 se decidieron a comenzar. Ambas se habían realizado los estudios correspondientes y Estefanía realizó la primera inseminación sin éxito. En la ecografía se advertía la presencia de un quiste folicular de gran tamaño. Al realizar el monitoreo ecográfico para un segundo intento (en ciclo espontáneo) el quiste no se había disuelto y no se visualizaban folículos en crecimiento por lo que cancelé la inseminación. Debo aclarar que las ecografías

se realizaban en Montevideo para evitar viajes y gastos innecesarios. Ante este hallazgo sugerí estimular la ovulación con clomifeno, pero decidieron que fuera Verónica la que intentara las inseminaciones. Esto motivó la firma de un nuevo consentimiento por parte de las dos ya que Verónica sería la gestante.

Sólo fueron necesarios dos intentos en ciclo espontáneo para conseguir que Verónica se embarazara. Su hijo nació en el año 2019 y a los pocos meses Estefanía retomó el tratamiento para intentar ser ella, esta vez, la gestante. Realicé un total de 7 intentos en ella sin lograr el embarazo y procedimos a organizar una fertilización in vitro, ya que los traslados se complicaban con un niño, para incrementar las chances de éxito.

Se obtuvieron 16 ovocitos en la punción de Estefanía y un total de 4 blastocistos. Utilizamos muestras del mismo donante y la transferencia en fresco fue cancelada por precaución debido a un nivel elevado de estradiol en sangre, lo que disminuye la tasa de implantación.

Fueron necesarias las 4 transferencias para obtener un embarazo, el cual, lamentablemente, resultó en un saco anembrionado. Estefanía decidió que no intentaría más y que Verónica volvería a hacer el tratamiento.

Inmediatamente después de la pérdida del embarazo de Estefanía, organizamos una inseminación en Verónica (siempre utilizando el mismo donante) que fue exitosa.

¡Había logrado el embarazo en el segundo intento para tener su primer hijo y esta vez en uno solo!

Al momento de escribir esta historia Verónica está transcurriendo el segundo trimestre de embarazo y me anticipó que, probablemente, regresen por un tercero…

Grados de fertilidad:

Lo he llamado grados de fertilidad en ausencia de una mejor definición. A través de los años de atender y tratar a mujeres no infértiles he constatado que no se puede evaluar el potencial reproductivo en este grupo poblacional simplemente con estudios de reserva ovárica y teniendo en cuenta la edad de la paciente; hace falta intentarlo también. En muchos casos el embarazo se consigue rápidamente, a pesar de una edad más avanzada o anormalidades anatómicas de algún tipo (*ver capítulos 6, 9 y 12 como ejemplos*), y en otros casos se requieren múltiples intentos (*ver capítulo 17*).

Es importante recordar que, en las parejas heterosexuales reproductivamente normales, el embarazo se consigue durante el primer año de exposición (de éstas la mayoría lo logra dentro de los primeros 6 meses). Al realizar inseminaciones con semen de donante hay que tener presente este conocimiento para no frustrarse si el embarazo no llega rápidamente. Y es el motivo por el cual ofrezco un pack de 7 inseminaciones a las pacientes. Para refrescar este concepto ver *capítulos 10 y 17*.

En conclusión, Verónica resultó ser la más fértil simplemente intentándolo…al igual que las pacientes en el *capítulo 11* (*Emma y Camille*). Esas pacientes lograron el embarazo ambas, pero fue evidente que tenían diferentes grados de fertilidad y el esfuerzo requerido por parte de una de ellas fue fundamental para lograr su cometido.

Capítulo 16

María y Jorgelina, 2018 (Reserva de donante)

A principios del año 2018 recibí la visita de esta pareja con la decisión de encarar un embarazo con donante. Ya habían realizado un intento en ciclo espontáneo en otra institución, sin lograr el embarazo. El mismo había sido tramitado a través de su prepaga pero no querían esperar tres meses entre inseminación e inseminación y decidieron hacerlo de manera particular. Quiero aclarar que la ley de cobertura o acceso integral a estas técnicas autoriza un intento cada tres meses (tres en total) y luego la fertilización in vitro (un total de tres veces también). Es por ello que muchas pacientes que sólo buscan espermatozoides y que no tienen un trastorno de fertilidad (NO INFÉRTILES) no pueden acceder, simplemente, a repetir las inseminaciones y deben recurrir a la fertilización in vitro después de tres inseminaciones si lo realizan a través de una cobertura. Y no todas están dispuestas.

María tenía 34 años y estaba en pareja con Jorgelina desde hacía unos años. Como antecedente contaba con un embarazo interrumpido de una relación heterosexual. Sus estudios preconcepcionales eran normales y decidieron realizar un intento que tampoco resultó exitoso. Unos pocos meses más tarde volvieron a la consulta y contrataron un pack a 7 intentos. Las dos inseminaciones (una conmigo) sin embarazo las había convencido de que podía llevar algunos intentos lograrlo, como suelo anticiparlo antes de comenzar.

Al tercer intento, todos realizados en ciclo espontáneo, María se comunicó con un Evatest positivo. A los dos meses Jorgelina se acercó al banco para formalizar la reserva de muestras del mismo donante mientras transcurría el embarazo de María. Querían asegurarse muestras del mismo donante para intentar otro embarazo ya que planeaban tener más de un hijo.

En el año 2020 María seguía amamantando (ya había nacido una niña) y quería retomar el tratamiento para lograr otro embarazo. A pesar de ello les propuse realizar un monitoreo ecográfico para constatar la posible ovulación, teniendo en cuenta que durante el amamantamiento la prolactina (la hormona de la lactancia) está elevada y puede interferir con la ovulación. María siguió amamantando y, en ocasiones, hubo que suspender la inseminación por ciclos sin ovulación; la prolactina elevada probablemente

interfería. A pesar de ello, sólo se necesitaron tres intentos para lograr el embarazo nuevamente.

Ya habían logrado tener a sus dos hijas y estaban muy contentas, aunque continuaban manteniendo muestras reservadas del mismo donante (a un costo anual) por si se les ocurría intentarlo otra vez y agrandar la familia. Tuve la posibilidad de visitarlas en su domicilio en una oportunidad y conocer a sus hijas. Debo reconocer que fue una experiencia que no había vivido antes y fue un momento muy especial. Sus hijas sabían de mi existencia y la mayor se mostraba muy afectuosa conmigo.

Durante la visita me comunicaron que, ya que las muestras seguían en reserva para ellas (eran las últimas 7 disponibles ya que el donante había sido dado de baja) y María había cumplido 40 años, habían decidido intentarlo una última vez.

Realicé dos inseminaciones sin éxito y decidieron esperar un par de meses antes de retomar el tratamiento. Ojalá que lo vuelvan a lograr…María ha demostrado ser muy fértil. Si en 7 intentos no lo logran dicen que allí terminará su búsqueda. Aunque nadie puede saber si cambiarán de idea en el futuro, parecería ser lo más sensato.

Reserva de donante:

Desde hace muchos años CRYOBANK ofrece el sistema de reserva de muestras del mismo donante para que aquellas pacientes que logran el embarazo puedan asegurarse contar con las mismas al momento de decidir intentar una nueva búsqueda, aún después de transcurridos algunos años. Este sistema consta de un contrato de almacenamiento y mantenimiento que se renueva por un costo anual hasta iniciar el nuevo tratamiento. Cuando se trata de parejas de mujeres, en ocasiones es la misma mujer la que repetirá las inseminaciones y, en otros casos, es la otra mujer de la pareja la que decide intentarlo.

Personalmente, recomiendo reservar 7 muestras para el caso de renovar un pack a 7 intentos. A pesar de no poder asegurar el embarazo dentro de los 7 intentos, es una mayor oportunidad de tener otro nacido con el mismo donante.

En algunas ocasiones las/los pacientes cambian de idea y desisten de mantener las muestras reservadas y, en ese caso, las muestras quedan liberadas para su uso en otras pacientes.

La idea de la reserva surgió de la inquietud manifestada por muchas mujeres de tener otro hijo con similares características y que sean hermanos biológicos. En general, habiendo logrado el embarazo con un donante se comprueba alguna compatibilidad, al menos, y las/los pacientes contentos con su hijo/a se sienten más tranquilos/as al intentarlo nuevamente así.

En mi experiencia, muchas pacientes no se deciden durante el embarazo, o inclusive algún tiempo después del nacimiento, y el donante específico puede haber dejado de donar y no estar ya disponible. En esos casos, si la paciente está interesada, podemos intentar contactar al donante para volver a ingresarlo en el programa de donación por un tiempo limitado, repitiendo ciertos estudios y la cuarentena obligatoria. A esto lo hemos denominado recupero de donante y, lógicamente, tiene un costo adicional.

Dejo el link de la página web de CRYOBANK para mayor información:

www.cryobank.com.ar

Capítulo 17

Jimena, 2018 (Perseverancia)

La paciente consultó derivada por una amiga, quien se había atendido conmigo y había sido madre por inseminación con donante. Tenía 36 años y ya había consultado en tres instituciones; el costo le parecía alto y no la convencía. Finalmente, y por la recomendación de su amiga se decidió por mí y el pack de 7 inseminaciones. Como antecedente presentaba un legrado realizado cinco años antes por lo que sugerí una histerosalpingografía además de la evaluación de la reserva ovárica y de una progesterona plasmática, realizada en fase lútea, para constatar ciclos ovulatorios. Los controles ginecológicos estaban al día. Eligió un donante con rasgos similares a ella y con ojos verdes, en lo posible.

Comenzamos con las inseminaciones en ciclo espontáneo y algunas con estímulo con clomifeno. Luego de completar las 7 inseminaciones sin éxito decidió

continuar con otro pack antes de someterse a una fertilización in vitro, cosa que se resistía a encarar.

Los ciclos transcurrían sin éxito y ella estaba muy triste y frustrada ante la posibilidad de nunca lograr convertirse en madre. A fines del 2019 y en la inseminación número 13 fallida conversamos sobre la opción de recurrir a la fertilización in vitro y se mostró algo más receptiva, aunque no convencida, con el procedimiento de alta complejidad.

En febrero de 2020, justo antes de la pandemia, realicé la última inseminación (número 14) bajo estímulo ovulatorio combinando el clomifeno con gonadotrofinas logrando un embarazo a término de una niña. A fines de ese año me dejó un mensaje de voz muy cálido después del nacimiento de su hija, agradeciéndome haberla acompañado durante un trayecto que le resultó muy largo y difícil emocionalmente.

Perseverancia:

Esta historia es útil para ilustrar que el embarazo es posible aún después de varias inseminaciones. Los packs a 7 intentos fueron diseñados para imitar, de alguna manera, seis meses de intentos en parejas heterosexuales. Dos packs (o 14 inseminaciones) corresponderían a un año de intentos. Como las muestras de semen no son frescas sino han sido previamente congeladas y pierden un 30% de concentración y movilidad, y luego de una

larga experiencia en estos tratamientos y los reportes internacionales de las últimas décadas, las chances de embarazo serían algo más bajas.

La historia de Jimena me impulsa a seguir recomendando este camino, a menos que la edad de la paciente o su propia decisión terminen favoreciendo la fertilización in vitro después de 7 intentos fallidos.

Programa televisivo:

Hace algunos años me contactaron de un canal de televisión para hacerme una nota. El periodista había armado un segmento titulado ´Mi vecino ilustre´ que consistía en entrevistar a personas que hubieran logrado algo trascendente en su profesión y tuve el honor de ser invitado a participar. Nunca me sentí *ilustre* (recibí varias bromas de amigos) pero no pude evitar experimentar cierta satisfacción de que mi actividad de muchos años fuera socialmente reconocida por algunos. Las entrevistas tenían lugar en la terraza del edificio donde residían los participantes y luego se elegían algunas personas del edificio para que concurrieran al lugar de trabajo del vecino en cuestión. Según recuerdo, el segmento incluía a una escritora, a una escultora y a un cardiólogo de renombre, entre otros.

Los vecinos del edificio que aceptaban, para cada historia, eran trasladados en un remise contratado a tal efecto. Cada segmento fue filmado y editado para ser

transmitido por televisión. El que me correspondió fue visto un primero de enero a las 20 horas.

Para los interesados en verlo, comparto el link:

https://noticias.mitelefe.com/informes-especiales/mi-vecino-ilustre-la-historia-de-un-pionero-de-medicina-reproductiva/

Capítulo 18

María Laura y Valentina, 2018 (Método ROPA)

María Laura y Valentina habían escuchado del método ROPA y tenían decidido convertirse en madres de esa forma. María Laura (37) sería la gestante y Valentina (36) aportaría los ovocitos para inseminarlos con semen de un donante anónimo. Estaban en pareja desde hacía 4 años y listas para comenzar.

Luego de realizar los estudios correspondientes en ambas y elegir al donante comenzamos con el estímulo ovulatorio en Valentina y obtuvimos 12 ovocitos maduros, de los cuales fertilizaron 9 y 3 llegaron a blastocisto. Como el endometrio de María Laura no reunía las condiciones óptimas (el grosor adecuado) para la transferencia, se decidió criopreservar los embriones y transferir uno en otro ciclo. Como la criopreservación de embriones es altamente efectiva, en muchos programas en el mundo se sigue esta conducta, para procedimientos

de alta complejidad, cuando las condiciones para la transferencia no son las ideales. En caso de realizar el ROPA, sincronizar a las dos pacientes para la transferencia en fresco, suele presentar este inconveniente.

Dos ciclos más tarde se realizó la transferencia de un embrión que resultó en un embarazo a término (niña). Quedaron dos embriones criopreservados para ellas que pueden ser utilizados para futuros intentos, si quisieran agrandar su familia.

Un detalle importante que merece ser aclarado es que, en ocasiones, las pacientes tienen una edad avanzada y las chances de embarazo son más bajas o puede ocurrir que la gestante sea relativamente joven y no así la aportante. En estos casos se les debe comunicar las chances reales de embarazo con la técnica para que las pacientes estén bien informadas.

El método ROPA:

El método ROPA (recepción de óvulos de pareja) permite que en una pareja de mujeres ambas puedan participar del proceso del embarazo (maternidad compartida): una aportaría los óvulos con su material genético, los cuales serían fertilizados con semen de donante anónimo o conocido, y la otra recibiría los embriones resultantes llevando el embarazo a término. A nivel técnico, la técnica ROPA, no difiere en absoluto de

una donación de ovocitos habitual. La diferencia es a nivel humano, puesto que ambos miembros de la pareja desean contribuir biológicamente al inicio de una familia.

El procedimiento consta de dos aspectos:

1. Estimulación de la ovulación, monitoreo ecográfico y hormonal y obtención de los ovocitos de la mujer aportante (y fertilización de los mismos con semen del donante, con criopreservación de los embriones resultantes).

2. Preparación del ciclo de la mujer receptora con medicamentos vía oral para promover el adecuando grosor del endometrio (revestimiento interno del útero) para la transferencia de los embriones. También puede realizarse la transferencia en un ciclo natural ovulatorio.

   Se deben calcular unos 15 días para la primera parte: estimulación ovárica, aspiración de ovocitos y fertilización, y otro tanto (en otro ciclo) para la segunda parte: preparación del endometrio de la receptora y transferencia de 1 o 2 embriones en Día 5 (blastocisto). También es posible, en ocasiones, sincronizarlas a ambas para realizar todo en simultáneo; especialmente si residen en otro país.

   Algunas parejas de mujeres plantean el interés de realizar la técnica 'ROPA cruzada', por lo cual ambas intentarían la gestación con los ovocitos aportados por la pareja. Al

día de la fecha no hemos tenido nacimientos de esta manera, aunque considero es cuestión de tiempo.

Capítulo 19

Claudia, 2019 (Embriodonación)

En noviembre del año 2019 recibí la visita de una paciente a quien ya conocía porque quería intentar tener otro hijo. En ese entonces tenía 46 años y seguía sin pareja. Como antecedente había logrado el embarazo luego de 5 inseminaciones bajo estímulo con clomifeno en el año 2010. A los pocos años me había compartido una foto de su hija y no había tenido más noticias de ella hasta su visita. Durante la misma me contó que la idea de tener otro hijo estaba motivada por la insistencia de su hija de tener un hermano. Ella entendía que su edad no garantizaba lo pudiera lograr, pero quería intentarlo.

El donante con el cuál había concebido a su hija no estaba más disponible y accedió a intentarlo con otro donante con características físicas parecidas. Realizó 7 intentos sin éxito en el lapso de 1 año; varios ciclos fueron

cancelados (en ocasiones con estímulo ovulatorio) por ausencia de ovulación.

Finalmente, se decidió por la ovodonación en fresco (con semen de donante, obviamente). En el programa de la clínica se adjudican entre 9 y 11 óvulos por receptora para lograr la llegada a blastocisto (al menos 1 es garantizado). Esta cantidad de ovocitos es razonable también para aquellos casos en que se planea realizar un PGT-A ("diagnóstico genético preimplantacional"). *Los detalles de este procedimiento diagnóstico son explicados en el capítulo 22.*

La donante de ovocitos adjudicada a Claudia tuvo una buena fertilización con la muestra de semen elegida y se lograron 5 blastocistos. En su caso no realizamos el PGT-A (el costo adicional es un factor importante a la hora de decidirlo). Fueron necesarias 2 transferencias para lograr el embarazo y el nacimiento de un varoncito. Un tiempo más tarde, Claudia decidió dar los tres embriones sobrantes en donación.

Embriodonación:

Hace algunos años, con el incremento de los tratamientos de fertilización in vitro, comenzaron a acumularse embriones de Dia 3 (fundamentalmente) que los pacientes no querían más por haber logrado el embarazo o, simplemente, porque habían decidido no seguir intentando. Por lo tanto, inicialmente en Estados Unidos

y en algunos países de Europa, se ofrecían embriones sobrantes de tratamientos realizados por pacientes que los daban en adopción. A pesar de haber generado un interés global por tratarse de un tratamiento de menor costo, y dependiendo de las leyes de los países involucrados, el procedimiento no tuvo tanto éxito en la práctica. La mayoría de los embriones disponibles para donación eran producto de tratamientos en parejas infértiles con mujeres de edad avanzada, por lo que la tasa de éxito suponía ser bastante más baja, hecho que no convencía ni a los pacientes ni a los profesionales. Además, los pacientes que donaban sus embriones no habían sido evaluados de manera estricta como ocurre con los donantes ni se disponía de sus características físicas.

Actualmente, en nuestro país se acepta la donación de embriones, aunque en general, se prefiere utilizar embriones sobrantes de una doble donación (óvulos y espermatozoides) por dos motivos: el primero es que ambas gametas son fértiles y existen más chances de lograr un embarazo; el segundo es que ambos donantes han atravesado un protocolo estricto de evaluación médica y genética, además de contar con detalles de su aspecto físico para realizar un matching (semejanza) con la o los receptores.

Los embriones (de Día 5) donados por Claudia serán adjudicados a pacientes, entendiendo que de esa camada de ovocitos se pudo generar un nacimiento.

Capítulo 20

Ángela y Javier, 2022 (Ovodonación con óvulos vitrificados y semen de la pareja)

En abril del año 2021 me consultó Ángela (en ese entonces sin pareja) y realizamos dos inseminaciones con semen de donante que no resultaron en un embarazo. Ella tenía 42 años y no la volví a ver hasta un año más tarde. Esta vez concurrió con su nueva pareja, quien no tenía hijos. Vivían en Mendoza y habían intentado una fertilización in vitro con sus óvulos (se obtuvieron 6 pero la fertilización fue pobre y no llegó ningún embrión a blastocisto). Le recomendaron una ovodonación, pero la lista de espera era larga y no podía elegir las características de la donante. Como ella sabía que yo contaba con un banco de óvulos vitrificados con fotos de las donantes y descripción de otras características, había decidido consultar conmigo nuevamente y evaluar esa posibilidad.

Procedimos a proporcionarle 12 ovocitos de una donante elegida por ella y los fertilizamos con los espermatozoides de su pareja, quien había dejado una muestra criopreservada. El procedimiento se realizó mientras ellos estaban en su lugar de residencia (descongelando los ovocitos y un vial de la muestra de semen de él) y logramos dos blastocistos de buena calidad que fueron criopreservados. En la segunda transferencia logró el embarazo y recibí fotos de los tres, tomada en el quirófano, al momento del nacimiento del niño.

Ovocitos vitrificados:

La ovodonación se ha convertido en un procedimiento de rutina debido al cambio del rol de la mujer en la sociedad y a la postergación de la maternidad. Lamentablemente, los tiempos biológicos no han cambiado y la fertilidad femenina disminuye, en gran medida, a partir de los 37 años de edad de manera inexorable.

Los programas de ovodonación incluyen donantes anónimas, por lo general, y no proporcionan fotos; sólo características físicas. Por otro lado, existen más receptoras que donantes por lo que se ocasionan listas de espera prolongadas esperando a la donante ´ideal´.

Es por todo lo expuesto que, con cierta anterioridad a la pandemia mundial del COVID 19, decidimos desarrollar un banco de óvulos vitrificados (OVOGENETIC) con varias donantes de identidad abierta (*más información*

sobre este tema en el capítulo 22) e información de sus características físicas (acceso a sus fotos de niñas, adolescentes y adultas), además de ciertos rasgos de su personalidad.

Disponer de óvulos vitrificados permite manejar mejor un programa de ovodonación: las pacientes pueden elegir a su donante ideal y se evitan las prolongadas listas de espera. A pesar de que se necesita una cantidad algo mayor de óvulos para conseguir una tasa de embarazos comparable a la que se obtienen con óvulos frescos, los beneficios están a la vista. La efectividad de la vitrificación de ovocitos ha modificado la conducta de los especialistas en medicina reproductiva. De hecho, recomiendan esta técnica a las pacientes de cierta edad y que postergan la maternidad como un seguro reproductivo. La vitrificación (o congelamiento rápido) de ovocitos ha sido un importante avance de la medicina reproductiva desde que se demostró el alto porcentaje de sobrevida y tasa de fertilización que se obtiene al desvitrificarlos.

En OVOGENETIC contamos con ovocitos de donantes con variadas características, información más detallada de sus personalidades y acceso a sus fotos de niñas, adolescentes y actuales, como mencioné. Las pacientes pueden realizar el tratamiento en cualquier instituto del país y nos encargamos del envío de los ovocitos elegidos con nuestra propia empresa de transporte habilitada: CRYOENVIOS.

Para más información con relación al banco de óvulos visitar la página web: ***www.ovogenetic.com.ar***

Capítulo 21

Carolina, 2023 (Ovodonación en fresco con donante conocido)

Carolina consultó a mediados del año 2021 para intentar el embarazo con donante de semen. Tenía 40 años y estaba sin pareja. Como antecedente relató que con una pareja anterior habían buscado el embarazo de manera natural y que también habían intentado tratamiento de baja complejidad en dos oportunidades sin éxito. Un tiempo más tarde se separaron.

Los estudios preconcepcionales mostraban una baja reserva ovárica por lo que sugerí comenzar cuanto antes. Otro profesional había recomendado una histerosalpingografía, que no había querido realizar, y parecía no querer encarar una fertilización in vitro tampoco *("fobia a las agujas",* habría expresado).

Realicé un total de 7 inseminaciones bajo estímulo ovulatorio ya que en un par de oportunidades se habían cancelado las inseminaciones por ausencia de ovulación. Las mismas fueron negativas y supuse que abandonaría, como me había anticipado durante los intentos fallidos.

Unos meses más tarde tuvimos otra consulta en la cual me propuso utilizar a un donante conocido, que se había ofrecido a ayudarla en su búsqueda. Yo le sugerí la ovodonación; habíamos intentado con sus óvulos y donantes fértiles, había estado expuesta al embarazo con anterioridad, su reserva ovárica era muy baja y el tratamiento no involucraba agujas ni anestesia general. Parecía lo más apropiado en su caso y ella estuvo de acuerdo con mi recomendación.

Procedimos a completar los estudios en su donante, que incluían estudios de rutina, estudios para las enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual y la evaluación genética (cariotipo, talasemia, mutaciones de fibrosis quística y atrofia muscular espinal). Luego de los estudios criopreservamos un par de muestras de semen del donante en el banco y conversamos sobre la posibilidad de utilizar una donante de óvulos en fresco o elegir entre nuestras donantes con ovocitos vitrificados y prefirió la primera opción.

Elegimos la donante para ella y comenzamos el estímulo ovulatorio obteniendo 11 ovocitos, que fueron fertilizados con una muestra del donante conocido, resultando en 6 blastocistos que fueron criopreservados.

Logró el embarazo en la segunda transferencia y está cursando el segundo trimestre sin complicaciones. Los 4 blastocistos restantes podrán ser utilizados para intentar otro embarazo en el futuro.

El programa de donante conocido ya ha sido explicado en el *capítulo 14*.

Capítulo 22

Juliana, 2023 (Doble donación con identidades abiertas y diagnóstico genético)

La historia de Juliana tiene algunos condimentos que la hacen especial y merece ser compartida. A los 43 años nos contactó a CRYOBANK porque estaba interesada en un donante de identidad abierta (al final del capítulo describo el programa DIA) para la ovodonación que iba a encarar, y quería elegirlo por fotos. Durante la entrevista nos preguntó si también contábamos con donantes de óvulos de identidad abierta y si podía acceder a las fotos. La gran mayoría de las clínicas reclutan donantes sólo para sus pacientes mientras que nuestros bancos (CRYOBANK y OVOGENETIC) proporcionan muestras de semen y lotes de óvulos a clínicas, profesionales y pacientes de todo el país. De ahí que contemos con una mayor variedad de donantes, muchas de identidad abierta y con acceso a sus características personales y fotos.

Podíamos satisfacer todos los requerimientos de la paciente, pero en la clínica dónde había consultado originalmente no le permitían utilizar óvulos de nuestro banco. Por ello es que decidió cambiar de clínica y prefirió hacer todo el proceso con nosotros.

La paciente tenía otro requerimiento: quería realizar el diagnóstico genético preimplantacional (PGT-A) para asegurarse la transferencia de un embrión euploide (normal). Teniendo en cuenta todo ello es que le aconsejamos adquirir todos los ovocitos que teníamos disponibles (15) de la donante que había elegido (por fotos, del programa de identidad abierta y con descripción detallada de su personalidad).

Los 15 ovocitos criopreservados fueron desvitrificados con una sobrevida del 100% y todos fertilizaron normalmente (otro 100%) con la muestra del donante elegido, al descongelarla también para la fertilización, obteniéndose 5 blastocistos que fueron biopsiados, para el estudio genético que se realiza en el exterior, y luego criopreservados. El informe recibido (20 días más tarde) concluyó que de los 5 embriones 3 presentaban aneuploidías (eran anormales) y 2 eran normales y de sexo masculino. Al final de este capítulo explico en detalle este procedimiento diagnóstico.

La paciente comenzó con la medicación hormonal vía oral para preparar el endometrio para la transferencia de uno de los dos embriones aptos criopreservados y obtuvo

el embarazo clínico (la ecografía demostró actividad cardíaca). Al momento de escribir este capítulo ella se encuentra cursando el primer trimestre y muy feliz, por cierto. El embrión normal remanente quedará criopreservado para un futuro intento de embarazo.

Programa de Identidad Abierta:

CRYOBANK desarrolló el programa D.I.A. como una opción a la donación anónima para que adultos concebidos por donación de semen tengan la posibilidad de conocer la identidad del donante. Este programa, inicialmente denominado ´Donación con Develación de Identidad´ fue inicialmente creado en California en 1983 y, desde entonces, ha sido adoptado en diferentes bancos de semen del mundo.

El hecho que motivó el desarrollo del programa fue basado, principalmente, en la iniciativa de algunos pacientes que desean dejarle una ´puerta abierta´ a sus hijos concebidos con semen de donante para que en el futuro puedan contar con mayor información sobre los orígenes de su identidad genética, si así lo desearan. Dentro del Programa de Donante de Identidad Abierta D.I.A., el donante da su consentimiento para que se proporcionen sus datos identificatorios (nombre y apeIIido, DNI, y fecha y Iugar de nacimiento) únicamente a la persona concebida con espermatozoides del donante, si éI o eIIa así Io soIicitaran Iuego de cumpIir Ios 18 años de edad. Hasta ese momento estos

datos del donante en cuestión quedarán resguardados por CRYOBANK durante un lapso de 25 años.

A continuación describo parte del documento explicativo a través del cual informamos a las pacientes interesadas:

El donante no recibe información alguna sobre datos filiatorios de los receptores ni del niño nacido. Antes de ingresar al programa, se les informa al donante y receptores que el Código Civil Argentino vigente establece en su art. 564 que los datos médicos del donante pueden ser revelados al nacido cuando esto sea relevante para su salud y que su identidad puede ser develada por un juez a petición del nacido como resultado del uso de su muestra de semen donada, cuando existieren razones debidamente fundadas. Cuando el donante decide ser parte del PROGRAMA D.I.A. lo hace luego de haber reflexionado y con el convencimiento de que la posibilidad de conocer su origen genético es beneficioso para las personas, ya que éste compone un elemento constitutivo de la identidad y que será la propia persona la que determinará el grado de importancia que esta información tendrá en su vida. Por eso renuncia a mantener sus datos identificatorios en secreto y manifiesta su consentimiento para que CRYOBANK proporcione esa información a la persona concebida como producto del uso de su muestra donada, una vez cumplidos los 18 años.

El Programa D.I.A. no tiene como finalidad crear un lazo parental, familiar ni de ningún tipo entre donantes y

aquellos concebidos por donación. El art. 575 establece que en los casos de reproducción asistida donde se utilizan gametos donados no se genera vínculo jurídico alguno entre donantes y nacidos. Esto es independiente del conocimiento o no, de los datos identificatorios del donante.

La filiación del nacido depende, según lo establece el mencionado Código en su art. 562, de la voluntad procreacional, (es decir de quien tiene el deseo de ser padre/madre, que se encuentra presente en los receptores pero no en los donantes. *("Los nacidos por técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre... debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quien haya aportado los gametos")*. Y ese vínculo de filiación no puede ser impugnado cuando se haya firmado el consentimiento correspondiente, independientemente de quien haya aportado las gametas; así como tampoco es admisible el reclamo de filiación por parte del donante (art. 577).

El Programa sólo permite el acceso directo a la información sobre la identidad del donante sin la necesidad de una decisión judicial. CRYOBANK no será responsable de lograr el contacto entre concebido y donante, ni de los resultados del contacto entre los mismos, si éste ocurriera. El Programa tampoco obliga al donante participante a conocer personalmente a los

concebidos producto de su donación, si estos lo contactaran una vez llegados a la mayoría de edad. Esa es una decisión que sólo corresponderá al donante en la situación oportuna.

Los datos identificatorios son proporcionados únicamente a aquellos adultos concebidos por la donación una vez cumplidos los 18 años de edad, en persona, siempre que los soliciten por escrito, que se acredite la autenticidad de la concepción dentro de este Programa y siempre que se haya cumplido con todos los requisitos que pide el Programa.

El Programa DIA de OVOGENETIC es básicamente idéntico al de CRYOBANK descripto arriba en detalle. La única diferencia radica en que se trata de donantes de óvulos.

Diagnóstico genético preimplantacional (PGT-A):

El PGT-A (*Preimplantation Genetic Testing*, por sus siglas en inglés) es un estudio diagnóstico que se obtiene biopsiando el o los embriones con el fin de descartar aneuploidías (anormalidades cromosómicas).

El objetivo del estudio cromosómico del embrión es detectar el mejor embrión disponible a fin de mejorar los resultados reproductivos de los pacientes (la tasa de embarazo y de nacido vivo) y disminuir el riesgo de alteraciones cromosómicas y de abortos.

La bibliografía ha demostrado que la transferencia electiva de un único embrión (*sSET*, por sus siglas en inglés de *Elective Single Embryo Transfer*) es la mejor estrategia para disminuir el riesgo de embarazo múltiple y sus potenciales complicaciones obstétricas y perinatales.

Sin embargo, la selección de pacientes para realizar el PGT-A debe ser bien analizada; es sabido que la actual conducta de llevar a cabo la biopsia en estadío de blastocisto (Día 5) implica que ciertas pacientes no tendrán la posibilidad de realizar el estudio por no tener embriones viables en este estadío, ya sea por su edad y/o su reserva ovárica. Por otro lado, muchas de ellas quedarán sin la posibilidad de realizar la transferencia embrionaria posterior, por no contar con embriones cromosómicamente normales para transferir.

En el caso de Juliana el PGT-A fue realizado por elección propia.

Capítulo 23

George y Yamal, 2023 (Gestación por sustitución)

Esta pareja gay nos fue derivada por una clínica de Buenos Aires ya que requerían ovocitos de una donante de raza afroamericana para un tratamiento de subrogación uterina transfronteriza. George había nacido en Venezuela, de raza caucásica y tenía 43 años; Yamal, afroamericano, tenía 40 años y era de República Dominicana. Ambos residían en California.

Estos padres de intención habían evaluado distintos destinos para realizar la subrogación uterina, como ser su país de residencia, Canadá, Colombia, Grecia, Georgia y Ucrania (en estos dos últimos países la subrogación uterina no está legalmente permitida para parejas igualitarias).

Luego de haber evaluado, los costos, la disponibilidad de donantes de ovocitos multirraciales sin lista de espera,

diversas agencias, tiempo de espera para el *match* con una mujer gestante, el prestigio de las clínicas de fertilidad, el idioma, el *exit process* para la salida del país del recién nacido, el reconocimiento de la filiación en el país del nacimiento y en su país de origen, optaron con coraje por la República Argentina, conscientes de que Argentina es un destino complemente nuevo para este procedimiento, aunque sumamente atractivo.

Ellos estaban interesados en un programa garantizado dual en diferido -programa ofrecido por la agencia SudAmerica Surrogacy-, que consiste en armar embriones con semen de cada uno de ellos, con la misma donante de óvulos, para lograr dos embarazos con material biológico de ambos, con dos mujeres gestantes diferentes, pero no en paralelo.

La idea era fertilizar mitad de los ovocitos con una muestra de semen de George y la otra mitad con una muestra de semen de Yamal, siempre y cuando se obtuvieran suficientes ovocitos de la donante seleccionada, para poder garantizar al menos dos embriones sanos para transferir (viables) luego de PGT-A con material genético de cada uno. De no obtenerse suficientes ovocitos de una sola punción, ya tenían planificado realizar otra punción, siempre y cuando la donante aceptase en el corto plazo.

Luego de realizar el PGT-A de los embriones planeaban realizar la transferencia a una mujer gestante y a los 12 meses luego del nacimiento procederían a intentar otro

embarazo con otra mujer gestante. Mientras tanto, sus embriones se mantendrían congelados en la clínica de fertilidad.

A la pareja le daba igual realizar el procedimiento con ovocitos vitrificados o frescos, y en OVOGENETIC ya teníamos ovocitos vitrificados de la donante elegida.

La organización del tratamiento (o proceso) estaba a cargo de la agencia SudAmerica Surrogacy y la parte médica por una conocida clínica de Buenos Aires. Nuestra única participación consistía en proporcionar los ovocitos de una donante con las características especificadas y del programa DIA. Los padres de intención aprobaron la donante -luego de ver sus fotografías y características personales- en un Book online, al que accedieron con una única clave y contraseña. Eligieron a la donante estando aún en California y en su primer viaje a Buenos Aires para dejar su material genético, firmaron los consentimientos informados pertinentes y les proporcionamos 22 ovocitos que fueron trasladados a la clínica con nuestra empresa de transporte CRYOENVIOS.

Sabemos que desvitrificaron los 22 óvulos, sobrevivieron 18, fertilizaron 9 con material genético de Yamal y 8 con material genético de George. Luego del PGT-A Yamal contaba con 4 embriones euploides y George con 3 embriones euploides.

Gestación por sustitución:

La subrogación uterina es un tratamiento de fertilidad de alta complejidad en donde una mujer gestante lleva el embarazo para otra persona o pareja.

Aunque no existe regulación nacional con normas específicas para la gestación por sustitución, tampoco está prohibida. El principio de reserva de la Constitución Nacional establece claramente que todo lo que no está prohibido, está permitido. (Fue en base a ello que monté el banco de semen hace más de tres décadas).

Tampoco existe normativa que prohíba, a personas no residentes en la República Argentina, el acceso a tratamientos de fertilidad de alta complejidad con útero subrogado. Los extranjeros gozan de todos los derechos civiles del ciudadano (art. 20 de la Constitución Nacional).

Además, ciertas disposiciones habilitan las inscripciones de los nacidos por gestación por sustitución sin necesidad de autorización judicial.

Los requisitos son: 1) que se trate de menores de edad nacidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por el método de gestación solidaria; 2) que la voluntad procreacional de los progenitores haya sido expresada en forma previa e informada; 3) que la gestante, previa y fehacientemente, hubiera expresado no tener voluntad

procreacional y 4) que la inscripción se haga en términos preventivos, debiendo los datos de la gestante quedar asentados en el legajo.

Es importante destacar que no existen exclusiones respecto a las personas que pueden realizar el procedimiento de gestación subrogada (ciudadanos argentinos y extranjeros, familias de todo tipo y género). Tampoco se establecen exclusiones con relación a la edad de los futuros progenitores o a su estado civil.

El tratamiento puede ser realizado en cualquier clínica del país o del extranjero, pero para la aplicación de la norma el nacimiento debe acontecer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Agencias de subrogación transfronteriza:

Estas agencias son empresas no médicas intermediarias entre las mujeres que desean prestar su capacidad reproductiva, los donantes de gametas y los futuros padres procreacionales. El papel de las agencias es fundamental desde el comienzo del proceso hasta el post parto (o hasta el reconocimiento de la filiación en el país de origen de los padres procreacionales) y, de hecho, son muy útiles y necesarias para coordinar todas las etapas del proceso. Existen en todos los países ´surrogacy friendly´ y, en algunos, con reglamentación y autorización del Estado para funcionar.

La interacción con la mujer gestante durante el embarazo y parto se ve favorecida por la participación de la agencia, ya que con abordaje interdisciplinario realizan estudios médicos, entrevistas psicológicas y socioambientales de las mujeres que deseen prestar su capacidad reproductiva y las acompañan posteriormente en el proceso, brindando a los padres de intención las novedades sobre el avance del programa y resolviendo los imprevistos, asistencia aún más necesaria si los padres procreacionales no residen en el país en donde se hará la subrogación.

No existen normativa alguna sobre este tipo de intermediarios, pero nada impide la participación de los mismos y no necesitan autorización del Estado para funcionar.

Algunas reflexiones

En los últimos años el mundo ha sido testigo de organizaciones que, a través de Internet, han permitido que personas concebidas a través de donantes de semen se contacten y se conozcan. La más conocida de ellas, Donor Sibling Registry (DSR, por sus siglas en inglés), fue fundada por una mujer sin pareja y su hijo, nacido de una inseminación con semen de donante. El funcionamiento de esta organización ha sido posible en Estados Unidos de Norteamérica debido a dos hechos fundamentales: 1) cada uno de los donantes tiene un código establecido, a través del cual los pacientes los eligen (datos físicos u otros atributos destacables en los catálogos), y que es conocido por los pacientes; y 2) al aumento del número de mujeres con proyectos monoparentales o parejas lesbianas que se ven obligadas a explicarles a sus hijos el origen de su concepción y la ausencia de un padre.

Como resultado de estas experiencias iniciales se han reportado algunos encuentros exitosos aunque no se sabe aún el impacto que podría llegar a tener en las familias, a largo plazo, la irrupción de un tercero para siempre en sus vidas. Sin embargo, es fundamental aclarar que la mayoría de estos encuentros han sido entre personas concebidas con el mismo código de donante y que muy pocos contactos se han establecido con los donantes, como era lógico suponer. Por otra parte, un donante de semen puede ser responsable del nacimiento de varios seres humanos. Y uno no puede más que preguntarse si alguien puede obtener algún beneficio al conocer el hecho de contar con un gran número de 'medio hermanos' y si se puede establecer algún tipo de relación saludable con tantas personas genéticamente ligadas o emparentadas pero sin ningún tipo de parentesco ni relación filial entre ellas. Algunos sugieren que esta búsqueda sobre datos genéticos puede terminar generando confusión.

Por otro lado, el equivalente británico de la organización DSR–Donorlink (UKDL, por sus siglas en inglés) que fundada en 2004, pero no ha sido tan popular como la estadounidense. Esta organización fue objeto de una mala prensa hace años luego de verse involucrada en un accidente lamentable y poniendo de manifiesto un problema potencial que puede originarse al tratar de conectar personas relacionadas por el donante. UKDL conectó a dos mujeres no relacionadas diciéndoles que eran hermanas (genéticamente medio hermanas). Estas mujeres representaban los primeros niños británicos

(adultos concebidos) a partir del mismo donante que se veían cara a cara. Resultó ser un gran fiasco al descubrirse un error en el posterior análisis e interpretación de los resultados de ADN y poniendo en duda su verdadera utilidad en casos como estos. Ambas mujeres estaban consternadas por el desarrollo de los acontecimientos y lo que consideraron no ético y no profesional por parte de UKDL. La organización emitió un comunicado manifestando que los análisis de ADN, al aplicarse en la evaluación de la posibilidad de que dos personas compartan el mismo donante y en ausencia de una muestra de ADN del donante, no pueden ser concluyentes. También manifestó que había conectado a las dos mujeres advirtiéndoles sobre la imposibilidad de asegurar certeza absoluta. Sólo cabe preguntarse si habrán ocurrido errores similares en algunos de los encuentros promovidos por DSR en Estados Unidos de Norteamérica.

El desafortunado hecho puso de manifiesto que algunos de los contactos originados y permitidos a través de estas organizaciones pueden albergar problemas potenciales de los cuales podríamos enterarnos en el futuro como ser vincular presuntos - pero no reales - ´parientes relacionados por el donante´ sin evidencia irrefutable de ascendencia genética verdadera. Errores humanos - como ser confusiones en el manejo de los códigos de los donantes en el laboratorio, o equivocaciones al realizar la inseminación - sumado al hecho de que los tests de ADN, en ausencia del padre biológico, no pueden asegurar una ´conexión familiar genética´, sugieren que se puede

ocasionar un daño, aún sin intención, al acercar personas que no tienen ninguna conexión genética.

Cualquier persona tratando de encontrar una vinculación genética debería estar al tanto de la posibilidad de errores ocultos en estos supuestos 'matches'. Y también debería reconocer que sin un estudio de ADN del donante de semen es imposible certificar la verdadera identidad del donante supuesto, lo que lleva a pensar si la obligación de utilizar donantes de identidad abierta en algunos países no habrá introducido un nuevo problema, al no poder establecer fehacientemente el nexo genético. Para complicar un poco más la situación, la difusión de los tests genéticos directamente a los consumidores se ha popularizado, fundamentalmente en el mundo desarrollado, para personas en busca de sus ancestros como hobby. Sin embargo, el aumento de los registros en las bases de datos puede dar lugar a cuestiones diversas para las partes involucradas en concepciones con donante.

Más específicamente, a donantes que donaron bajo la presunción de que su donación era completamente anónima, a receptoras/es que tenían la impresión de que podían mantener el secreto y a los nacidos que no estaban al tanto de la verdad acerca de su concepción.

El testeo genético al consumidor puede: revelar la ausencia de una conexión genética entre los supuestos progenitores; revelar que un miembro de la familia ha

donado gametas o embriones, o identificar parientes genéticos (donante, medio hermanos, familia).

Incluso donantes o productos de la concepción que no se han registrado en las bases de datos de ancestros pueden ser rastreados a través de parientes que utilizan los testeos genéticos para conocer su linaje, en combinación con las redes sociales.

Los tests genéticos directo a los consumidores puede revelar coincidencias, que podrían traducirse en un medio-hermano, un tío, un primo o un abuelo. Al establecer un contacto a través de estas coincidencias genéticas se puede tener acceso a información relativa al donante u otras personas concebidas a través del mismo donante.

Con las millones de personas evaluadas y registradas en las bases genealógicas es posible que donantes anónimos o personas nacidas a través de un donante puedan ser rastreadas por parientes que utilizan estas bases de datos. Está claro, entonces, que el anonimato de los donantes no pueda ser garantizado en un futuro.

Para aquellos interesados en recibir alguna información adicional dejo mi email personal

raymondoses@hotmail.com