



## PROGRAMA DE SUBROGACIÓN MATERNA

La subrogación gestacional se ha convertido en una opción para las parejas que experimentan problemas de fertilidad.

Este tratamiento es indicado para:

- Mujeres sin útero debido a ausencia congénita o extirpación quirúrgica.
- Mujeres que han sufrido abortos espontáneos repetidos, para quienes la perspectiva de llevar un bebé a término es muy remota. En este grupo, se pueden incluir aquellas mujeres que han fallado repetidas veces para alcanzar el embarazo después del tratamiento de FIV.
- Mujeres con ciertas afecciones médicas, que hacen que el embarazo sea potencialmente mortal, pero para quienes las perspectivas de salud a largo plazo son buenas.

Este folleto describe los tipos de subrogación, las pruebas preliminares necesarias y el proceso de tratamiento.

Hay dos tipos de maternidad por sustitución: en un caso, la madre gestacional sustituta (útero de acogida o portadora gestacional) proporciona el útero para la gestación pero no el componente genético para la reproducción y, en el otro caso, la madre sustituta que proporciona tanto el componente genético como el gestacional para la reproducción (verdadera subrogación). El Fertility & IVF Center of Miami no ofrece la subrogación verdadera como modo de tratamiento.

La madre subrogante deberá atravesar por un proceso de selección inicial, que incluye:

- Consulta y examen con nuestros médicos
- Consulta psicológica
- Cultivo cervical para gonorrea, clamidia, ureaplasma/micoplasma y rutina
- Prueba de los anticuerpos VIH 1 y 2
- Prueba de VIH mediante PCR
- Cultivo de citomegalovirus
- Hemograma completo
- Panel de química
- Grupo sanguíneo
- Panel de hepatitis
- Prueba de reagina plasmática rápida (sífilis)
- Histeroscopia

## PREPARACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES

La madre subrogante prepara su útero para la transferencia de los embriones mientras la paciente que aporta los óvulos es estimulada con medicamentos para la fertilidad.

El objetivo del tratamiento para la madre subrogante es recrear los cambios hormonales que ocurren normalmente durante el ciclo menstrual mediante la administración de dosis apropiadas de hormonas como el estradiol y la progesterona. El efecto deseado sobre el útero es que alcance un desarrollo apropiado del revestimiento uterino, capaz de recibir un embrión. El estrógeno generalmente se administra mediante parches (Vivelle dot) o en algunos casos por vía oral. El uso del parche tiene la ventaja de producir niveles sanguíneos más constantes durante todo el ciclo y evita la necesidad de la ingesta oral de la medicación diaria. Dado que los niveles de hormonas normalmente varían a lo largo del ciclo, la cantidad de parches irá variando de forma paulatina para aumentar la dosis de estrógeno.

Al mismo tiempo, la madre subrogante deberá comenzar dosis diarias de una inyección subcutánea de Lupron para suprimir las actividades ováricas una semana antes de la menstruación. Una vez que comienza el período de la madre subrogante, se realiza una ecografía basal y un análisis de sangre para garantizar que el Lupron haya logrado su objetivo de supresión. Cuando se confirma la supresión, la madre subrogante comienza con el tratamiento de parches en un día determinado designado como Día 1. Es muy importante no comenzar ninguna terapia de parche hasta que la mujer que aportará los óvulos esté lista para comenzar con los medicamentos para la fertilidad.

Después de 13 días de parches, la madre sustituta asistirá a la consulta para un ultrasonido y para controlar los niveles de estradiol, esto permitirá garantizar el desarrollo adecuado del revestimiento uterino y que los niveles de estradiol sean los adecuados. Si estas pruebas se encuentran dentro de los parámetros normales, la madre receptora permanecerá con el mismo régimen de medicación o “patrón de espera” (“holding pattern”) hasta que la mujer que aporta los óvulos esté lista para la extracción.

Una vez que los óvulos son aspirados, la madre sustituta comienza con inyecciones intramusculares nocturnas de progesterona. La progesterona es una hormona esteroidea que prepara el útero para la implantación del embrión.

Los óvulos fecundados se dejan en cultivo durante 3 días para desarrollarse. Al tercer día, el embriólogo observará los embriones y anotará el número, la calidad y la etapa de desarrollo. El embriólogo junto con el médico, podrán recomendar que los embriones sean transferidos ese mismo día o bien que permanezcan en cultivo durante 2 días adicionales. Si existe gran cantidad de embriones de buena calidad, pueden dejarse en cultivo durante 2 días más hasta que alcancen la etapa de blastocisto.

## TRANSFERENCIA DE EMBRIONES

La cantidad de embriones que se transferirán al útero generalmente se discute y describe en el contrato entre la pareja que inicia el tratamiento y la madre subrogante. El médico y el embriólogo informarán a la pareja la cantidad de embriones disponibles y su calidad y le darán su recomendación. El número real de embriones que se transferirán se discutirá entre todas las partes en el momento de la transferencia.

La transferencia de embriones se realiza en nuestras instalaciones, en habitaciones especialmente equipadas. Se realiza una ecografía para verificar la curvatura del cuello uterino. El médico coloca un espéculo en la vagina y lava el cuello uterino antes de introducir un catéter vacío. Este “ejercicio práctico” ayudará al médico a colocar el catéter cargado con los embriones con mayor facilidad. Luego de la transferencia, la paciente descansa por 1 hora y luego es dada de alta. Dos semanas después se realiza una prueba de embarazo.

El tratamiento con estrógeno y progesterona deberá continuar hasta la semana 10 ó 12 del embarazo. Los detalles de este programa de reemplazo hormonal y las pruebas necesarias para monitorear el reemplazo se proporcionarán una vez establecido el embarazo. La madre subrogante deberá realizar un análisis de sangre cada semana para controlar los niveles hormonales. Después del primer trimestre del embarazo, la placenta en crecimiento produce todas las hormonas necesarias para mantener el desarrollo fetal. A partir de este período el soporte hormonal puede interrumpirse gradualmente.

## REDUCCIÓN SELECTIVA

La Reducción selectiva es una técnica que se utiliza cuando se implantan múltiples embriones como resultado de técnicas de reproducción asistida. En este procedimiento los embriones adicionales pueden abortarse en forma selectiva.

La reducción selectiva generalmente se realiza entre las semanas 9 y 12 de gestación. El procedimiento es realizado de forma ambulatoria mediante la inserción de una aguja guiada por ultrasonido, ya sea a través del abdomen o la vagina, para inyectar cloruro de potasio en el feto.

El aborto espontáneo de los fetos restantes y la infección materna rara vez ocurre. La incidencia de un aborto espontáneo asociado a este procedimiento es del 4 al 5 por ciento. Las probabilidades de un parto prematuro tras el procedimiento de reducción selectiva son del 75 por ciento aproximadamente.

La decisión de someterse o no a una reducción selectiva queda aclarado con anticipación en el contrato de la madre sustituta.