

INSEMINACION ARTIFICIAL HETEROLOGA (A. I. D.)

Dr. Alberto Ascenzo Palacio

INTRODUCCION

La inseminación artificial, ya aceptada mundialmente, por lo menos desde el punto de vista estrictamente científico constituye en casos específicos, una real ayuda para la pareja con problemas de esterilidad, donde la causa fundamental radica en el factor masculino.

Los inicios de la inseminación artificial, se remontan a los Hebreos, en los primeros 30 años del segundo siglo según el Talmud. La primera inseminación en humanos fue hecha por John Hunter en Inglaterra en el año 1776, y la primera en América por J. Marion Sims, en 1866, en los Estados Unidos de Norte América, todas las inseminaciones eran de carácter homólogo. No fue hasta 1890 que Robert L. Dickinson, en gran secreto, empezó a usar donante en los Estados Unidos. Desde entonces el procedimiento ha venido documentado y discutido en publicaciones de Psiquiatría, Medicina, Derecho y Teología.

CONSIDERACIONES GENERALES

Al hablar de inseminación debemos partir de algunas premisas:

- Una de cada diez parejas será estéril.
- De diez parejas estériles, uno es azoospermico.
- Ya en 1955 la Sociedad Americana para el estudio de la fertilidad, aceptó el método como procedimiento ético, moral y conveniente en manos del especialista y sólo si la pareja lo pide.
- La sencillez del método puede dar lugar a abusos.
- Este procedimiento suscita gran interés y múltiples controversias, la compleja combinación de gratitud, satisfacción, duda y discordia que genera, es única en medicina.
- Es un hecho incontrovertible la progresiva aceptación y demanda por los pacientes.
- La tasa de divorcios en relación con la población general, de los pacientes que utilizan éste método, es significativamente menor.

- Una pareja con miras a una inseminación artificial, como única esperanza para tener niños, tienen grandes ansiedades y preguntas acerca del método (los cuales deben seleccionarse) con donantes significa la introducción de un factor de un factor extramarital, el donante. No hay otro aspecto de la esterilidad que envuelva situación igual.

La inseminación artificial heteróloga o terapéutica con semen de donante, está situada todavía donde estuvo situada la contracepción hace varios años.

Diversos estudios estiman que más de 100000 norteamericanos deben su existencia a éste método, el cual es mucho más aceptado a partir de 1970, año en que se legaliza el aborto en muchos países, y por la proliferación de métodos anticonceptivos, lo que determina que existan pocos bebés para la adopción.

No vamos a detenernos a analizar los aspectos legales, religiosos y psicológicos minuciosamente, si no a dar solamente algunos conceptos. En el aspecto legal debemos decir que en la mayoría de países sudamericanos, no existe ninguna regulación al respecto. En este aspecto convendría analizar algunas posibilidades:

- La práctica de A.I.D. sin consentimiento del esposo puede exponer al médico a una demanda por adulterio, agresión, falsedad o conspiración. Además puede constituir base de una demanda de divorcio de la pareja.
- Podría acusarse al médico de negligencia si, existiera enfermedad pélvica aguda post-inseminación, el niño presentara rasgos no deseados o malformaciones congénitas.
- Al tomar el niño el nombre del padre podría acusarse al médico de perjurio.

Al parecer las circunstancias que explican que prácticamente no existan problemas legales sobre este tema serían:

- Las parejas receptoras desean que todo el procedimiento sea estrictamente confidencial.
- Ética y técnicas irreprochables y excelentes resultados.
- Los perniciosos efectos que podría tener, ante las relaciones personales, la exposición pública de los hechos.

Por lo expuesto sería ideal que la ley considerara al marido, mientras este lo consienta, padre natural del niño.

Existe una gama de publicaciones en el sentido religioso. La mayoría muestra que la Iglesias Protestantes y la Hindú, no han expresado firmemente en que posición se encuentran, pero la tendencia es a aceptarla. Se oponen completamente a ella los Judíos Ortodoxos, la Iglesia Luterana, la mayor parte de la Iglesia Anglicana y ciertamente la Fé Católica.

La ventaja psicológica sobre la adopción, es que en la inseminación la pareja es parte de la concepción, del período prenatal, del parto y de los primeros días del niño, con todas las implicancias que ésto determina. De lo anterior deducimos que el especialista deberá actuar de acuerdo a las normas éticas y morales prevalente, y mientras no existan posiciones determinantes, cada uno deberá actuar de acuerdo a su conciencia y motivaciones médicas.

INDICACIONES

Para la A.I.D. es condición fundamental un factor femenino normal.

Las indicaciones para la inseminación terapéutica con donante son:

- Azoospermia definitiva e irreversible.
- Incompatibilidad Rh con mala historia obstétrica.
- Alteraciones genéticas que sean transferidas por genes recesivos (fenilcetonuria, Tay Sachs, etc.).
- Oligozoospermias y astenozoospermias graves.

Cuando en el estudio diagnóstico de una pareja consultante por esterilidad conyugal, se concluye que la causa es una de las cuatro indicaciones anteriores; el médico tratante debe informar a la pareja cuáles son los caminos a seguir:

- a.- Aceptar al situación como definitiva
- b.- Adopción
- c.- Inseminación terapéutica con donante.

Esta información debe ser lo más completa posible, señalando las ventajas y desventajas posibles de cada una de estas posibilidades, sin tratar de influenciar, la determinación que la pareja tomará; después de una meditada evaluación, de los diversos aspectos, que atañen a ésta trascendental decisión.

CONSIDERACIONES TECNICAS

Antes de la inseminación terapéutica, se realiza un estudio completo de esterilidad, incluyendo una evaluación del factor psíquico. Igualmente, dado el medio en el cual vivimos, es conveniente en muchos casos, una consulta de orden religioso, que deberá ser encaminada por nosotros, hacia la persona adecuada, que tranquilizará

a la pareja de sus temores morales. Es también procedente que la pareja firme un documento, por el cual se acepta voluntariamente el tratamiento, exonerando al médico de responsabilidades, y dejando a su criterio la búsqueda del donante.

Usamos en la inseminación terapéutica espermia proveniente de donantes previamente seleccionados y estudiados desde el punto de vista médico, genético y familiar. Preferimos que sean casados y con hijos y deberán ser evaluados periódicamente en lo relacionado a enfermedades infecto-contagiosas. El fenotipo del donante debe ser lo más similar posible al del esposo de la paciente, y su tipo sanguíneo debe ser compatible con el grupo A B O y Rh de la esposa receptora aunque esto no es un requisito indispensable.

En lo referente a la técnica, seguimos los siguientes pasos:

1. La paciente es colocada en posición de Trendelenburg.
2. Se coloca un espéculo vaginal no lubricado, pero sí húmedo.
3. Visualización del cuello uterino y limpieza de secreciones vaginales y del exo-cérvix, sin usar antisépticos.
4. Con una jeringa que lleva un tubo de polietileno, se extrae moco cervical, para estudio de la Cristalización, y puede efectuarse el Test de Kurzrock-Miller (verificando de ésta manera la calidad del semen a emplear y su compatibilidad con el moco).
5. Aspiramos con la jeringa el semen.
6. Introducimos el tubo de polietileno en el cervix y aspiramos moco cervical.
7. Esperamos aproximadamente unos 5 minutos, para permitir la penetración de los espermios al moco.
8. Inyectamos muy suavemente esta mezcla de moco espermia en el canal endocervical hasta que esté totalmente ocupado.
9. Colocamos el resto del espermia en una copa cervical, la cual es colocada en el cérvix.
10. Dejamos a la paciente en la posición de Trendelenburg por 30 minutos.
11. Retiramos la copa cervical a las tres horas.

Preferimos efectuar las inseminaciones con espermia fresco, la muestra es obtenida en el domicilio dador, por masturbación, en frasco color caramelo de vidrio neutro, y debe ser aplicada dentro de la hora de la obtención.

Habitualmente se efectúan dos o tres inseminaciones por ciclo, en días alternos, en época yuxtaovulatoria para lo cual nos ayudamos con C.T.B., moco cervical, y sobre todo con el rastreo ecográfico de la ovulación.

Es importante aconsejar a la pareja evitar relaciones sexuales próximas a las inseminaciones ya que esto o la mezcla de esperma podrían tener efecto perjudicial sobre la posible gestación, en caso que el esperma del marido tuviera aglutininas espermáticas o factores inmovilizadores.

NUESTRA EXPERIENCIA

A continuación vamos a exponer nuestra experiencia en los últimos 21 años.

Hemos tratado 651 pacientes con inseminación artificial heteróloga (A.I.D.), de las cuales gestaron 529 (81,2%).

En relación con el tiempo de tratamiento las gestaciones se dividieron de la siguiente manera:

- 79 en el primer ciclo
- 93 en el segundo ciclo
- 94 en el tercer ciclo
- 95 en el cuarto ciclo
- 64 en el quinto ciclo
- 48 en el sexto ciclo
- 56 más de seis ciclos

En las 529 concepciones se produjeron 29 abortos espontáneos (5,4%).

La observación que 473 (89,4%) de nuestros paciente concibieron en los primero 6 meses de tratamiento, nos permite afirmar que los pacientes que utilizan inseminación artificial con donante, lo deben hacer por lo menos durante 6 meses, y si no se logra la concepción al cabo de este tiempo, se deben agotar todos lo estudios para encontrar alguna causa de esterilidad, que ha sido pasada por alto, en el diagnóstico inicial.

No tuvimos ningún caso de malformaciones fetales con el método.

En cuanto al sexo del feto, no se ha visto ningún cambio significativo en relación con la población en general.

BIBLIOGRAFIA

1. American Fertility Society: New guidelines for the use of semen donor inemination *Fertil Steril* 1986. 46 (Suppl 2): 935.
2. Ackerman S: Evaluation of the infertile male. in investigation of the Infertile Couple. The American Fertility Society, Birmingham, 1986.
3. Acosta AA, Claudio FC, Brugo S, et al: In vitro Fertilization and the male factor. *Urology* 1986 28: 1.
4. Alfredsson, JH, Gudmundsson SP, Snaedal G: Artificial Insemination by donor with frozen sperm. *Obstet Gynecol Surg* 1983. 38: 305.
5. Beck WW: Artificial Insemination and preservation of semen. *Urol*
6. Berger T, Moyer DL: Comparisson of techniques for selection of motile spermatozoa. *Fertil Steril* 1985. 43: 268.
7. Boedson BL, Ricci E, Dickey RP, et al: Comparison of fecundability with fresh and frozen semen in terapeutic donor insemination *Fertil Steril* 1986. 46: 466.
8. Cohen J, Edwards R, Fehilly C, et al: in vitro fertilization: a treatment for male infertility. *Fertil Steril* 1985. 43: 422.
9. Fraser FC, Force RA: One genetic screening of donors for artificial insemination: *Am J Med Genet* 1981 10: 399.
10. Hammond MG, Jordan S, Sloan: Factors affecting pregnancy rate in a donor insemination program using frozen semen. *Am J Obstet Gynecol* 1986. 155, 480.
11. Iddenden DA, Sallam HN, Collins WP: A prospective randomized study comparing fresh semen and cryopreserved semen for artificial insemination by donor: *Int, Fertil* 1985. 30: 50.
12. Peterson EP: Artificial Insemination by donor-a new look. *Fertil Steril* 1986. 46: 567.
13. Richter NA, Haning RV, Shapiro SS: Artificial donor insemination fresh versus frozen semen; the patient as her own control. *Fertil Steril* 41: 277.
14. Sherman JK Frozen semen efficiency in artificial insemination and advantage in testing for acquired immune deficiency syndrome. *Fertil Steril* 1987. 47: 19.