



## **ENSAYO**

*Nombre del Alumno: Esmeralda Yeraldi López Morales*

*Nombre del tema: Ensayo*

*Parcial: Cuarto parcial*

*Nombre de la Materia: Morfología y Función*

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández*

*Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería*

*Cuatrimestre: Tercero*

## **FECUNDACIÓN IN VITRO O MICROINYECCION ESPERMÁTICA (FIV/ICSI) CON TRANSFERENCIA EMBRIONARIO Y CONGELACIÓN DE EMBRIONES.**

Esto consiste en la fecundación in vitro es un tratamiento que consta de procedimientos médicos y biológicos destinados a facilitar la unión de óvulos (ovocitos) y espermatozoides en el laboratorio, y obtener embriones que serán introducidos en el útero para lograr la gestación. El vitro puede realizarse mediante dos procedimientos diferentes: la fecundación in vitro convencional o FIV, en la que el óvulo y espermatozoide se unen de forma espontánea en el laboratorio; y la microinyección Espermática o ICSI, en la que la fecundación se realiza inyectando espermatozoide en cada óvulo. Las indicaciones más frecuentes y recomendadas son el trastorno de fertilidad y diagnóstico genético preimplantacional, como algunos procedimientos la fecundación in vitro y la microinyección espermática comienzan habitualmente con la estimulación de los ovarios mediante el uso de fármacos, cuya acción es similar a la ciertas hormonas producidas por la mujer, la finalidad de este tratamiento es obtener el desarrollo de varios folículos, en cuyo interior se encuentran los óvulos, con el fin de evitar la ovulación espontanea se asocian otros medicamentos con acción hormonal. El proceso de estimulación ovárica se controla habitualmente con análisis en sangre de los niveles de ciertas hormonas ováricas y/o ecografías vaginales que informan del número y tamaño de los folículos en desarrollo, muchos de los medicamentos utilizados son inyectables, y su presentación permite la autoadministración por la paciente, las dosis y paulas de administración se adaptan a las características clínicas de cada paciente, y la respuesta al tratamiento puede ser variable, los óvulos se extraen mediante punción de los ovarios y aspiración de los folículos, bajo visión ecografías por vía vaginal.



Los óvulos obtenidos se preparan y clasifican en el laboratorio, el número de óvulos que se extraen en la punción, su madurez y calidad no puede predecirse con exactitud, una vez obtenido los óvulos, el laboratorio deberá disponer de los espermatozoides procedentes de la pareja o de un donante anónimo, en los casos que así procedan, el semen se prepara en el laboratorio con el fin de seleccionar los espermatozoides más adecuado para la espontanea. El microinyección espermática se inyectara unos espermatozoides dentro de cada uno de los óvulos maduros que se hayan recuperado.

El resultado de los factores que condicionan la probabilidad de gestación son la causa de la esterilidad, la edad de la paciente, el número de ovocitos obtenidos y de embriones finales de buena calidad, el resultado del tratamiento se puede expresar como porcentaje de gestaciones sobre el total de ciclos iniciados, sobre ciclos con punción folicular y sobre ciclos con transferencia, el registro FIV/ICSI de la sociedad Español de fertilidad del año 2005 defería unas tasas de embarazo del 30.1% por ciclo iniciado, 33.9% por punción y 38.1% por transferencia, un 50-70% sobreviven tras la descongelación y son válidos para su transferencia a la cavidad uterina. La tasa de embarazo por trasferencia de embriones congelación en el registro FIV/ICSI de la sociedad Española de fertilidad del año 2005 es el 25.7% por transferencia. Los principales riesgos son un embarazo múltiple que está relacionado con la edad de la mujer, el número de embriones trasferidos al útero y la calidad de los mismos.



En pacientes jóvenes y con embriones de buena calidad, la conducta más recomendable es transferir uno o dos embriones en los primeros intentos, la gestación de dos o más fetos supone un aumento de los riesgos médicos para la madre y los niños, tales como incremento de la patología del embarazo, prematuridad, bajo peso al nacimiento y complicaciones neonatales severas. Síndrome de hiperestimulación ovárica el desarrollo de este síndrome tiene relación directa con la administración del fármaco necesario para la maduración final de los ovocitos (HGG) y la consecución de embarazo, se clasifican en leve, moderado y severo. Embarazo ectópico consiste en la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Aborto, la incidencia de abortos es discretamente superior a la observada en embarazo espontáneos (15.5% con embriones frescos y 30.1% con congelados en el registro SEF de 2005), algunos otros riesgos son la edad avanzada, el consumo de tabaco y la alteraciones importantes del peso corporal, defectos congénitos y alteraciones cromosómicas de los hijos, riesgos psicológicos y riesgos de la anestesia. Los riesgos personalizados son las características médicas, sociales o laborales de cada paciente pueden suponer una modificación de los riesgos generales o aparición de riesgos específicos. El coste económico del mantenimiento de la congelación embrionaria deberá ser asumido

por los pacientes, sea cual sea la decisión sobre el destino de los mismos. Aspectos legales relacionados con la reproducción asistida de carácter general, el marco jurídico regulador de la reproducción humana asistida está constituido básicamente por la ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida, las técnicas de reproducción asistida, las técnicas de reproducción asistida tiene como objetivo principal la solución de los problemas de esterilidad humana, para facilitar la procreación, cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuado o ineficaces.

La mujer receptora de las técnicas podrá pedir que se suspenda en cualquier momento de su realización anterior a la transferencia embrionaria, debiendo atenderse su petición. Cuando la mujer éste casado, se requerida además el consentimiento del marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste fehacientemente: si se trata de una pareja no casada, el consentimiento del barón será obligatorio si se usan espermatozoides en el tratamiento y voluntario si recurre al uso de semen de donante. La mujer soltera, la viuda y la separada legalmente o de hecho, pueden ser receptoras o usuarias de las técnicas de reproducción asistida a título personal, valiéndose de semen procedente de donante, siempre que tengan más de 18 años, plena capacidad de obrar y hayan prestado su consentimiento escrito de manera libre, consciente y expresa. La donación de gametos y pre embriones es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro autorizado. La elección de los donantes solo puede realizarse por el equipo médico que aplica la técnica y en ningún caso a petición de la receptora o la pareja, ni la mujer progenitora ni el marido, cuando hayan prestado su consentimiento formal, previo y expreso a determinada fecundación con contribución de donante o donantes, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido como consecuencia de tal fecundación.



Los preembriones viables sobrante de un ciclo de fecundación in vitro se crio preservaran en nitrógeno líquido, pues no todos los embriones no transferidos son aptos para la congelación, el destino posterior de los preembriones congelados pueden ser, la utilización por la propia mujer o, en su caso, su cónyuge femenino, también en la donación de fines de investigación o donación con fines reproductivos y como el cese de su conservación sin otra utilización.



Cada dos años como mínimo se solicita de la mujer o de la pareja progenitora a la renovación o modificación del consentimiento. Si al vencimiento de dos periodos de conservación consecutivos fuera imposible obtener de la mujer o la pareja progenitora la renovación del consentimiento correspondiente, habiendo sido previamente requerida por el centro de forma fehaciente y finalmente en caso del fallecimiento del varón, solo podrá determinarse legalmente la filiación si el material reproductor de este se encontrase en el útero de la mujer en la fecha de la muerte, excepto si el marido o el varón no unido por matrimonio hubiese prestado su consentimiento en el documento de consentimiento informado de las técnicas en escritura pública, testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en doce meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer.



