

Donación de ovocitos

**A. Santalla, M.A. Calderón, M.S. López-Criado, J. Fontes,
R. López-Jurado y L. Martínez-Navarro**

Unidad de Reproducción. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

ABSTRACT

Objective: To determine the legal and scientific framework, indications, results, emotional issues, and current debates related to oocyte donation in assisted reproduction.

Material and methods: We reviewed the main clinical practice guidelines published in the international literature (ESHRE, American Society for Reproductive Medicine, Royal College of Obstetricians and Gynecologists).

Results: The pregnancy rate obtained by this technique varied between 30% and 50%, depending on the sources consulted. The services provided by the Andalusian Health Service covered only 17% of the indications covered by private health providers.

Conclusions: Oocyte donation provides good results in the segment of the population with the worst reproductive prognosis. The use of this technique differs substantially between the private and public sectors. With the widespread use of this technique, new controversies have appeared that have not been entirely resolved. The two main factors limiting wider use of oocyte donation are the low number of donors and moral issues.

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

La Sociedad Española de Fertilidad publica que existe en nuestro país un 15% de parejas infértiles. De ellas, cerca de la mitad acude a los profesionales médicos para estudio y tratamiento. En la mayoría de los casos se logra la gestación a partir de los propios gametos pero cuando el factor causal es ovárico o testicular irreversible se debe acudir a la donación de ovocitos o de espermatozoides.

Aceptado para su publicación el 6 de marzo de 2008.

DEFINICIÓN

Donación de ovocitos: técnica de reproducción asistida en la cual el gameto femenino es aportado por una mujer distinta de la que recibirá éste o el embrión resultante.

Donación compartida: cuando los ovocitos obtenidos de una donación se implantan de varias receptoras.

Donación dirigida: donación en la que el receptor es conocido por la donante. La legislación española prohíbe esta práctica en nuestro país.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el desarrollo de esta técnica, como ocurre en otros casos relacionados con la reproducción humana podemos distinguir un desarrollo legal y un desarrollo científico que normalmente está lastrado por el primero.

Desarrollo científico

Las primeras referencias científicas sobre la donación de ovocitos se sitúan en 1983 con Trounson et al que consiguen la primera gestación con esta técnica. Un año más tarde en 1984 Lutjen et al publican en *Nature* la primera gestación a término en una receptora de ovocitos. Desde ese momento la técnica se extendió por el mundo con gran rapidez debido a su eficacia y la ampliación de sus indicaciones. En España, la primera referencia la encontramos en 1991 en el Instituto Valenciano de Infertilidad. Según datos de la ESHRE, en 2003, las 723 clínicas de 28 países que mandaron datos comunicaron la realización de 60.412 ciclos de donación de ovocitos.

Desarrollo legal

Desde 1998, en España se ha ido construyendo el marco legal que regula la reproducción asistida en general y la donación de ovocitos en particular mediante la elaboración de leyes y reales decretos que

tratan de legislar ese campo a medida que se va desarrollando.

Legislación vigente en la actualidad

Real decreto 1301 de 2006 por el que se establecen las «normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos» y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. Este decreto se ajusta a la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, y la Directiva 2006/17/CE de la Comisión, de 8 de febrero de 2006 (disponible en www.boe.es).

Este decreto deroga todos los anteriores legislando escrupulosamente todos los aspectos, técnicos, humanos, legales y de organización de la donación de todos los tejidos humanos. Los principales puntos de interés de esta ley se encuentran en que especifica un grado de exigencia alto en lo que se refiere a la obtención de autorización de actividades en los centros y unidades de reproducción. Establece la obligatoriedad en esos centros de que exista un plan de gestión de calidad y un sistema de recogida y custodia de la información adecuados.

INDICACIONES GENERALES DE LA DONACIÓN DE OVOCITOS

Mujeres con fallo ovárico, fallo ovárico precoz, cirugía ovárica

1. Fallo ovárico primario

- Disgenesia gonadal (síndrome de Turner, síndrome de Swyer, disgenesia gonadal pura).
- Síndrome de Savage o del ovario resistente.

2. Fallo ovárico prematuro

Menopausia comprobada antes de los 40 años con valores elevados de gonadotropinas (FSH y LH). Entre las causas que los producen se encuentran:

- Factores hereditarios: portadoras del síndrome de X-frágil.
- Alteraciones enzimáticas: galactosemia, deficiencia de 17 α -hidroxilasa. Defecto en la secreción de gonadotropinas.

- Trastornos autoinmunitarios: MEN o síndrome de neoplasias endocrinas, síndrome de Addison, diabetes mellitus, hipotiroidismo, anticuerpos antiovario.
- Factores infecciosos: parotiditis, rubéola.
- Ambientales: tabaquismo, etc.
- Castración quirúrgica: por quistes o tumores ováricos.
- Quimioterapia o radioterapia previa.

3. Menopausia

Existen diversas condiciones sociales que han propiciado que las mujeres con menopausia deseen un embarazo: su mayor esperanza de vida, su incorporación al mundo laboral (que ha retrasado la edad del matrimonio y de la primera gestación), así como de una mayor formación de parejas en la cuarta década.

Mujeres con función ovárica que no puedan utilizar sus propios ovocitos

1. Por mala calidad de los mismos.

2. Por enfermedades hereditarias transmisibles a la descendencia que no puedan ser detectadas por técnicas de diagnóstico genético preimplantacional; anomalías genéticas; autosómicas dominantes: epidermiólisis ampollosa, etc.

- Autosómicas recesivas: que comparte el varón y no acepta el uso de semen de donante: fibrosis quística, etc.
- Enfermedades ligadas al sexo: hemofilia, etc.

Anormalidades cromosómicas: mosaicismos, translocaciones, portadoras del síndrome del X-frágil, inversiones cromosómicas, deleciones...

3. Mujeres con fallos repetidos en fecundación in vitro:

- Bajas respondedoras: que no responden a la estimulación ovárica.
- Fallo de fecundación en repetidas ocasiones con ICSI.
- Fallo repetido de implantación de los embriones (fallo de gestación repetido).
- Mala calidad ovocitaria.

4. Abortos de repetición, por mala calidad ovocitaria, alteración cromosómica en la mujer o en los embriones.

5. Ovarios inaccesibles para la obtención de ovocitos: en pelvis congeladas, múltiples adherencias, etc.

Mujeres mayores de 40 años, con ciclo ovárico normal: es la técnica de elección en estas mujeres en las que, con sus propios ovocitos, la probabilidad de gestación está muy disminuida, la tasa de aborto, así como la de riesgo de síndrome de Down y otras trisomías en el producto de la concepción están incrementadas.

PRESTACIONES EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

No todas las indicaciones señaladas antes son asumidas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS). A continuación, se exponen las directrices que el SAS publica en su *Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud*, bajo las cuales se rige esta prestación en los hospitales andaluces.

RHA con donación de ovocitos

Esta técnica es un complemento de la FIV/ICSI por la cual se fecundan óvulos de una donante.

La unidad designada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria como referencia para la realización de esta técnica con donantes externas de ovocitos es la Unidad de Reproducción del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

1. Requisitos para donación externa de ovocitos

Los siguientes requisitos para la realización de donación externa de ovocitos se sumarán a los requisitos generales para la aplicación de técnicas de RHA:

- Edad de la mujer menor de 40 años.
- Adecuación a las indicaciones que se especifican en la *Guía*.
- Serologías VIH, VHB, VHC negativas, salvo técnicas de tratamiento de semen.

2. Indicaciones de donación externa de ovocitos

a. Mujeres sin función ovárica.

- Fallo ovárico primario (digenesia gonadal pura: 46XX, síndrome de Turner: 45XO, síndrome de Swyer: 45XY, síndrome de Savage).
- Fallo ovárico prematuro < 40 años.

b. Mujeres con función ovárica:

- Enfermedades hereditarias.
- Ovarios inaccesibles.

3. Criterios de oferta

- Se realizará un número de dos ciclos de tratamiento como límite máximo de oferta.
- No se aplicará a parejas con fracaso tras la realización de otras técnicas (malas respondedoras en programa FIV/ICSI).

La selección, crioconservación, evaluación y manejo de gametos se hará en todo caso de acuerdo con la normativa europea y española vigentes.

Entre las prestaciones que el SAS recoge para la realización de una donación de ovocitos no se encuentran entre otros los fracasos previos de ICSI. En los datos publicados por el Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), las indicaciones que motivaron donación de ovocitos en sus centros fueron: edad superior a 40 años (35%), baja repuesta (21%), fallo ovárico prematuro (18%), fallo de FIV (11%), endometriosis (6%). De ellas, sólo el fallo ovárico prematuro está cubierto por el SAS, lo cual supone únicamente el 18% de los casos que requirieron la realización de la técnica en el IVI. Este desarrollo incompleto de las indicaciones generales reconocidas para esta técnica ha generado confusión entre profesionales, con derivaciones inadecuadas de pacientes y usuarios que acuden equivocadamente a unidades de reproducción humana demandando esa prestación.

¿CÓMO SE REALIZA LA TÉCNICA?

En el proceso de donación de ovocitos se distinguen dos personajes fundamentales:

1. Donante: en la que se realiza una hiperestimulación ovárica controlada e inducción ovulación.
2. Receptora: en la que se realiza una preparación endometrial (sustitución hormonal) y mantenimiento del embarazo mediante el aporte exógeno de hormonas.

Selección de la donante

1. Requisitos legales (Real decreto 412/1996): las donantes deben tener entre 18 y 35 años, disponer de plena capacidad de obrar y poseer buena salud psicofísica. No deben tener enfermedades ligadas a cromosomopatías, genopatías o metabopatías.

El estudio básico que se realiza a la donante es:

- Anamnesis y reconocimiento médico.
- Análisis. Como mínimo, las siguientes pruebas:

grupo sanguíneo, Rh, VDRL o similar para lúes, cribado de hepatitis, marcadores del virus de la hepatitis, estudios para la detección de fases clínicas infectivas de toxoplasmosis, rubéola, herpes virus, citomegalovirus y estudio clínico para descartar *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

En caso de que alguna de las pruebas resulte ser positiva, a efectos de exclusión, se informará de esta circunstancia al registro nacional, al objeto de velar por la correcta información y garantías sanitarias.

Estas pruebas se repetirán en cada donación.

Artículo 6. No podrán ser admitidas como donantes de gametos las personas que tengan antecedentes familiares de malformaciones ligadas a cromosomopatías, genopatías o metabolopatías:

Serán excluidos como donantes los que presenten enfermedades genéticas, hereditarias o congénitas transmisibles.

Serán, asimismo, excluidos como donantes aquellas personas que hubieran generado seis descendientes o más por reproducción asistida o no asistida. En el caso de donación de preembriones, no se aceptarán para su empleo para reproducción humana aquellas donaciones en que uno o ambos miembros de la pareja donante tuvieran seis o más hijos.

En el supuesto de que un donante no fuera aceptado como tal, deberá conocer las razones que motivan su exclusión, garantizándose la confidencialidad y privacidad de la información.

Para ello, la ley dispone de un anexo llamado «Protocolo básico para el estudio de donantes», que básicamente recoge: datos de filiación, datos físicos (características del pelo, ojos, piel, raza), grupo y Rh, antecedentes personales (de enfermedad, exposición a tóxicos, hábitos tóxicos, radiaciones, enfermedad psiquiátrica), historia reproductiva (número de hijos, abortos), número de donaciones anteriores (fecha y lugar) e historia ocupacional.

Antecedentes personales de síndrome de Down, espina bífida, cromosomopatías, defectos genéticos, neoplasias, diabetes, senilidad precoz, infertilidad, etc.

2. Otros no obligatorios: existen otras determinaciones que si bien no son obligatorias por ley, sí se recomiendan por las distintas sociedades médicas. En muchos casos, las recomendaciones varían según la raza y la región geográfica en función de la prevalencia de portadores en ese segmento de la población y de la penetrancia de la enfermedad:

- Cariotipo. VIH dual.
- En población mediterránea se recomiendan las

determinaciones en portadores de fibrosis quística (frecuencia de portadores 1/25), atrofia muscular espinal (frecuencia portadores 1/40), betatalasemia y X-frágil (1/70 a 1/200), exploración ginecológica con ecografía transvaginal.

Receptora

1. Preparación endometrial: la preparación endometrial es imprescindible para el éxito de esta técnica, ya que el endometrio de la receptora debe tener una receptividad óptima para la implantación. Para ello, es necesario el aporte exógeno de estrógenos y progesterona que igualen los efectos de las hormonas ováricas sobre el tejido endometrial. En pacientes con función ovárica, la transferencia embrionaria puede realizarse durante ciclos naturales sin reemplazo hormonal. Sin embargo, es difícil sincronizar con la donante, por lo que esta modalidad es raramente utilizada. Existen en la actualidad numerosos protocolos de sustitución hormonal, que difieren en el tipo de vía de administración del estrógeno. Lo más frecuente es valerianato de estradiol (2-6 mg) por vía oral o transdérmica, 17 betaestradiol micronizado por vía oral. En una primera fase, se administran concentraciones crecientes de estrógenos para conseguir una proliferación endometrial adecuada que se controla mediante determinaciones de estradiol sérico y ecografía seriadas midiendo el grosor endometrial (aunque no está del todo claro cuál es el grosor endometrial adecuado normalmente se asume 7 mm de grosor o endometrio de aspecto trilaminar como el ideal). El día que se realiza la punción de la donante, la receptora debe empezar a administrarse progesterona micronizada 800 mg/día vía vaginal. En el día +3 se realiza la transferencia embrionaria; desde entonces la receptora debe mantener el tratamiento con estrógeno y progesterona hasta la regla o si se produce gestación durante los 80 primeros días de ésta. Si existe función ovárica en las receptoras, ésta puede influir negativamente en la preparación endometrial, en caso de desarrollo de un endometrio secretor antes de la administración de progesterona, lo cual disminuye las tasas de embarazo. Para evitarlo, se realiza sistemáticamente la supresión de la producción endógena de gonadotropinas con un análogo *depot* de la GnRH.

2. Pauta de tratamiento hormonal sustitutivo para receptoras en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves: valerianato de estradiol (VE) 2 mg/día entre los días 1 y 8 del ciclo; VE 4 mg/día los días 9, 10 y 11 de ciclo y, posteriormente, 6 mg/día ininterrumpidamente.

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES ACERCA DE LA DONACIÓN DE OVOCITOS

Si bien el componente psicológico y social constituye un condicionamiento importante en todos los tratamientos de reproducción asistida, la importancia de éste es máxima en el proceso de donación de ovocitos. Aunque teóricamente el impacto emocional de la donación de ovocitos es similar al de la donación de semen, múltiples estudios han demostrado que éste es mayor tanto para donantes como para receptoras en la donación de ovocitos. Muchos estudios han intentado indagar en las preocupaciones y motivaciones de las donantes para intentar conseguir una mayor adhesión de éstas al proceso. Entre las principales conclusiones destacan como puntos básicos para que una donante se sienta satisfecha del proceso:

- Explicación acerca de las pruebas y los exámenes previos a los que será sometida y de la repercusión del proceso de donación en su futura fertilidad.
- Conocimiento de los fines e indicaciones de la donación.
- Garantía absoluta del anonimato y confidencialidad durante el proceso.
- Explicación minuciosa del proceso de HOC (vías de administración de la medicación, número de revisiones necesarias, posibles complicaciones, etc.).
- Conocimiento de los resultados obtenidos con su donación, lo cual ejercería una retroalimentación positiva que estimularía nuevas donaciones.

Respecto a las de las receptoras:

- Preocupación acerca de las características sociales y psicológicas de la donante.
- Posibilidad de la transmisión de enfermedades a la receptora, así como de enfermedades genéticas al futuro hijo.
- Preservación del anonimato y la confidencialidad.

Tras conocer estos datos, es deber del médico aclarar estas dudas, motivar e implicar a la donante en el proceso de donación e identificar en la misma posibles atributos psicoemocionales positivos o negativos en donantes y receptoras que puedan interferir en el proceso de donación.

RESULTADOS

Como normalmente sucede en reproducción asistida, la interpretación de los resultados publicados con esta técnica deben ser tomados con cautela, ya que la notificación de resultados no es obligatoria en la ma-

yoría de los países por lo que normalmente se notifican los resultados que son buenos.

Los resultados obtenidos mediante esta técnica son los más altos de todos los tratamientos de reproducción asistida, lo cual, unido al hecho de que las pacientes beneficiarias de este procedimiento son precisamente las que tienen peor pronóstico reproductivo explica la rápida extensión de la donación de ovocitos.

Se ha descrito una tasa de gestaciones/ciclo del 20 al 50%, con tasa de implantaciones del 18-20%, refiriendo una tasa acumulada de gestaciones del 88 al 95%, a los 4 ciclos de tratamiento (2002: Canadá 34,8%, Clínica Tambre 47,5% en el año 2001; IVI [2002] 51,2% [43% sin función ovárica]).

Para intentar conocer cuál es la tasa real de embarazos en nuestro medio debemos desmenuzar los datos publicados por la ESRHE para 2003. Como se ha señalado, la notificación de resultados no es obligatoria en todos los países asociados. Hay países como España, Grecia e Italia que notifican voluntariamente, mientras que en otros, como Suecia, Suiza, Noruega, se obtienen los resultados de todas las clínicas registradas, lo cual hace sus tasas más creíbles. En España, la tasa global notificada en donación de ovocitos es del 55,2% por transferencia, ésta es la más alta de toda Europa. Sólo un 35% de las clínicas (44 de 187) notifican resultados. Parece lógico que nuestra tasa real sea parecida a la de otros países de la Unión Europea con parecido poder adquisitivo que notifican obligatoriamente como el Reino Unido (29,4%), Dinamarca (31,9%) y Noruega (28,8%). Otra variable que hay que considerar es el número de embriones que se transfieren, ya que países con tasas bajas como Bélgica o Dinamarca nunca transfieren más de dos embriones; esta situación es muy diferente de la de nuestro país en las que en el 45% de los casos se transfieren más de dos embriones. Por lo tanto, probablemente los resultados reales se parezcan a los de aquellos países que notifican todos los resultados con una cantidad de embriones transferidos similares a la nuestra como Francia (30,8%), Suiza (36,8%), Alemania (35%) y Rusia (35,7%); la media es entre el 35 y el 40% de gestación por transferencia.

Variables que influyen en los resultados

1. Número de embriones transferidos: Lessing detecta una tasa del 11,1% con transferencia de un embrión y del 36,7% con 5 embriones.

2. Receptividad endometrial (edad): existen grandes controversias acerca de si la edad afecta negativa-

mente a la tasa de implantaciones, al alterar la receptividad endometrial. Autores como Sauer, Abdalla y Pellicer no hallan diferencias en sus resultados al evaluar la edad, mientras que otros, como Lessing y Frydman, sí las encuentran.

En la población general, la disminución de la receptividad asociada a la edad puede atribuirse a:

- Disminución de la perfusión uterina.
- Disminución de los receptores de estradiol, en la superficie de las células endometriales.
- Aumento del contenido de colágeno y una reducción del número de células estromales en el endometrio.

3. Edad de la donante: la edad de los ovocitos también influye en la disminución de la implantación al empeorar su calidad, pero es evidente que en este programa la mayoría de las donantes son mujeres jóvenes, por lo que los ovocitos suelen ser de excelente calidad.

4. Edad de los varones: una hipótesis, difícil de demostrar, es atribuir a la edad de los varones la disminución de la calidad embrionaria. Es sabido que con la edad aparecen nuevas mutaciones dominantes, algunas de las cuales pueden ocasionar efectos letales sobre el embrión. Cuando tratamos a mujeres de edad avanzada es lógico suponer que sus parejas sean del mismo grupo de edad.

5. Indicación de la técnica: en cuanto a los resultados según la indicación, también se observan resultados contradictorios. Los que encuentran diferencias atribuyen los peores resultados a las pacientes con fallo ovárico y los mejores en mujeres jóvenes, amenorreicas, con cariotipos normales y en el primer ciclo.

De todas las posibles variables estudiadas, las que con más fuerza se han mostrado como predictoras de gestación es la calidad de los ovocitos conseguidos tras la estimulación lo cual simplificando, tal vez excesivamente, depende sobre todo de la edad y de la ausencia de patología cromosómica y ginecológica (especialmente endometriosis) en la donante (lo cual, en la mayoría de las ocasiones, es poco importante en nuestras donantes jóvenes) y el grosor endometrial en la receptora.

COMPLICACIONES

No se han descrito complicaciones específicamente ligadas a esta técnica. Sus complicaciones son las derivadas del proceso de hiperestimulación ovárica controlada.

CONTROVERSIAS ACERCA DE LA DONACIÓN DE OVOCITOS

¿Perjudica el proceso de donación a la futura fertilidad de la donante?

No, diversos estudios han demostrado una fertilidad normal en donantes de ovocitos. Esta fertilidad no se modifica con el número de donaciones ni con la cantidad de ovocitos extraídos en la donación. Conceptualmente la donación no sería más que rescatar una cohorte de ovocitos que normalmente se atresiarían. Además, se debe considerar la influencia positiva que en la futura fertilidad y salud general de la donante puede tener el hecho de una detección precoz de un problema genético, infeccioso o ginecológico durante el proceso de cribado previo a la donación.

¿Cuántas veces se puede donar?

Desde el punto de vista fisiológico de la donante, no hay como hemos visto un límite determinado. Sí es importante que la ley sólo permite que existan 6 hijos vivos procedentes de una misma donante por la posibilidad de que entre ellos creen descendencia con el consiguiente riesgo de propagación de enfermedades homocigóticas. Para ello, la ley prevé un registro nacional de Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones, si bien éste en la actualidad no existe ya que no está dotado presupuestalmente.

¿Afecta al número de veces que se dona o la cantidad de ovocitos obtenidos a los resultados del proceso?

No, varios estudios han demostrado que los parámetros de calidad ovocitaria, la tasa de implantación, tasa de gestación o tasa de abortos no se modifican en función del número de donaciones ni del número de ovocitos extraídos.

¿Durante cuánto tiempo puede una receptora estar recibiendo estrógenos en espera de la donación?

Desde el punto de vista reproductivo, el límite se ha señalado clásicamente en 35 días. Hoy sabemos que se puede mantener hasta 70 días la administración de estrógenos sin que disminuyan las tasas de embarazo. Esta circunstancia es de gran ayuda para la sincronización entre donantes y receptoras. Si está admitido, que la presencia de sangrado durante esta fase estrogénica de preparación endometrial disminuye las posibilidades de embarazo. Si aparece se deberá provocar una hemorragia por privación y comenzar de nuevo la

estimulación. Este hecho se relaciona con función ovárica residual de la receptora que se debe neutralizar con análogos de la GnRH en próximos ciclos.

¿Cual es el número de ciclos ideal a realizar en una receptora?

La tasa de gestación es casi del 95% tras cuatro ciclos, con una tasa de niño en casa del 88%, lo cual hace que normalmente se consideren adecuadas hasta cuatro intentos.

CONCLUSIONES

- La donación de ovocitos es una técnica cada vez más popular, ya que es la que mejores resultados obtiene en reproducción asistida y está indicada en las pacientes con peor pronóstico reproductivo.
- En sanidad privada, la edad mayor de 40 años y el fracaso en otras técnicas constituyen las indicaciones principales. En el SAS sólo se cubre el FOP y trastornos genéticos.
- Los principales factores pronósticos son la edad de la donante y el número de embriones transferidos, dudándose de la receptividad endometrial.
- Sus complicaciones son equiparables a las de cualquier otra técnica que requiera una estimulación ovárica controlada.
- Las consideraciones morales de las receptoras y el déficit de donantes constituyen los factores limitantes para una mayor extensión de la técnica.

«En la medida que la sociedad entienda y acepte que la infertilidad es una enfermedad más que un inconveniente y que tener un hijo es un derecho básico humano más que un deseo, seremos capaces de aumentar el apoyo de los donantes benévolos de ambos sexos.» (Abdalla H. I Hum Reprod. 1996;11:2355-7.)

RESUMEN

Objetivo: Conocer el marco legal y científico, indicaciones, resultados, aspectos emocionales y controversias existentes relacionadas con la técnica de donación de ovocitos en reproducción asistida.

Material y métodos: Revisión de las principales guías de práctica clínica publicadas en la bibliografía internacional (ESHRE, American Society for Reproductive Medicine, Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG]).

Resultados: La tasa de embarazo obtenida mediante esta técnica varía entre el 30 y 50% en función de las fuentes consultadas. La prestación asumida por el Servicio Andaluz de Salud sólo cubre el 17% de las indicaciones que se hacen en sanidad privada.

Conclusiones: La donación de ovocitos es una técnica que obtiene buenos resultados en el segmento poblacional con peor pronóstico reproductivo. Su extensión difiere sustancialmente entre el sector privado y el público. Con la generalización de la técnica han aparecido nuevas controversias no del todo resueltas. El escaso número de donantes y los aspectos morales son los dos principales factores que limitan la extensión de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Appleton C, Baetens C. Guidelines for counselling in infertility. Special interest group psychology and counselling. ESRHE. Disponible en: www.esrhe.com
- Bosch E, Reis Soares S, Aizpurua J, Serra V, Lara C, Remohí J. Donación de ovocitos. En: Remohí J, Cobo A, Romero JL, Pellicer A, Simón C, editores. Manual práctico de esterilidad y reproducción humana. 2.ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005. p. 189-204.
- Castilla JA. *Screening* de Donantes. Ponencia IV Congreso Nacional de Andrología. Cádiz, 2006.
- Clavero A, Gonzalvo MC, Castilla JA. Reflexiones sobre la evaluación de donantes de gametos y embriones. Aula de Formación de Embriología Clínica 7. Granada, 2007.
- Donación de ovocitos. Información para pacientes. Clínica TAMBRE. Disponible en: www.clinicatambre.com
- Donación de ovocitos. Información para pacientes. Instituto Valenciano de Infertilidad. Disponible en: www.ivi.es
- Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems 2004. Clinical Guideline 11. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Disponible en: www.rcog.org
- Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud.
- Klein J, Sauer MV. Oocyte donation. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002;16:277-91.
- Ramón O. Donación de ovocitos. Ginecología Clínica y Quirúrgica. 2002;3:72-86.
- 2006 Guidelines for Gamete and Embryo Donation. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Fertil Steril. 2006;86 5 Suppl:S38-50.