



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“LAS INTERVENCIONES DEL PROFESIONISTA
EN ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE LA
MATERNIDAD SUBROGADA”**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

P R E S E N T A

ANA ISABEL MONDRAGÓN GARCÍA

COMITÉ DE EXÁMEN

DRA. LETICIA CUEVAS GUAJARDO
DRA. DULCE MARÍA GUILLEN CADENA
LIC. VERÓNICA MENDOZA ARZATE
MTRA. MARÍA DE LOS ÉNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ
MTRA. ERICKA GARCÍA ZEFERINO



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesina está dedicada especialmente aquellas personas que me motivaron llevarla a cabo ya que es un trabajo arduo, lleno de dificultades y dedicación.

Gracias a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr una meta más en mi carrera.

Gracias a mi esposo Israel que con su amor, comprensión, motivación y apoyo incondicional, he logrado superar y concluir esta nueva etapa de mi vida.

Gracias a mis padres Isabel y Porfirio que con cariño, comprensión y apoyo incondicional me guiaron por el camino de la educación.

Gracias a mis hermanos (Rosa, David y Helenca) que a pesar de aquellos tropiezos que hemos tenido a lo largo de nuestra vida seguimos estando juntos, saliendo adelante.

Gracias a mi tío Miguel que con su apoyo nos brindo las herramientas a mí y a mis hermanos para continuar con nuestros estudios.

Gracias a mi abuelito Braulio que me ha enseñado a no dejarse vencer por los obstáculos de la vida.

Gracias a mis suegros Abraham y Asunción que en algunos momentos me apoyaron incondicionalmente con palabras de aliento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México quien me dio la oportunidad de desarrollarme de forma intelectual, a mis profesores y compañeros en especial a Mónica y Verónica que siempre estuvieron dispuestas en apoyarme para conseguir mi titulación.

A mi asesora Dra. Dulce María Guillen Cadena que sin conocerme como estudiante acepto poner parte de su tiempo para asesorar mí trabajo de tesina.

También quiero expresar mi agradecimiento a la profesora del seminario de titulación, Dra. Leticia Cuevas y a mis compañeras Verónica, Karina y Laura, que estuvieron al pendiente de mi trabajo.

Agradezco a la Lic. Verónica Mendoza Arzate, Mtra. Ma. de los Ángeles Godínez Rodríguez y Mtra. Ericka García Zeferino por su participación en mí exámen profesional.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	9
Metodología.....	10

Capítulo I: Maternidad Subrogada.

1.1.- Técnicas de reproducción asistida.....	11
1.2.-Antecedentes históricos de la maternidad subrogada.....	13
1.3.-Concepto de maternidad subrogada.....	17
1.4.-Tipos de maternidad subrogada.....	18
1.5.-Proceso de maternidad subrogada.....	20

Capítulo II: Dilemas ético-legales en el Proceso de la Maternidad Subrogada con base en los Principios de Bioética.

2.1.-Concepto de Bioética.....	24
2.2-Principio de Autonomía.....	26
2.2.-Principio de Beneficencia.....	28
2.3.-Principio de No Maleficencia.....	31
2.4.-Principio de Justicia.....	32

Capítulo III: La Función de Enfermería en la Reproducción asistida.

3.1.-El papel de enfermería.....	35
3.2.-Consulta externa.....	37
3.3.-Proceso de FIV.....	39
3.4.-Quirófano.....	40
3.4.1.-Preoperatorio mediato.....	40
3.4.2.-Preoperatorio inmediato.....	40
3.4.3.-Trans-operatorio.....	41
3.4.4.-Pos-operatorio.....	43
3.4.5.- Instrucciones de Alta.....	43
3.5.- El proceso del embarazo.....	49
3.5.1.-Consultas prenatales.....	49
3.6.-Atención en el trabajo de parto.....	53
3.6.1.-Fases del trabajo de parto.....	54
3.7.- El Puerperio.....	55
3.8.-El recién nacido.....	56
3.8.1.-Los cuidados del recién nacido.....	56
3.9.-La lactancia materna.....	57
Conclusiones.....	58
Sugerencias.....	59
Referencias.....	60
Bibliografía.....	63
Anexos.....	64

INTRODUCCIÓN

La presidenta de la Comisión de Salud la Dip. Maricela Contreras Julián tomó en consideración el 26 de noviembre del 2009 la iniciativa con proyecto de decreto, la ley de la maternidad subrogada del Distrito Federal, la cual plantea una estructura de cuatro títulos, siete capítulos y diversos transitorios.

Para el día 30 de noviembre de 2010 dicha ley fue aceptada y puestos a modificaciones los reglamentos por la secretaria de salud, la presente tesina aborda en el primer capítulo los antecedentes históricos de la maternidad subrogada que data su origen en Alemania con Robert Edwards en 1967, mediante la técnica de (FIV) Fecundación In Vitro, llevo a cabo la primera fecundación de un óvulo humano con éxito, en nuestro país en 1988 solo se conoce el caso del 1er bebé por medio de la técnica GIFT (Transferencia Intratubaria de Gametos). La maternidad subrogada puede ser tradicional: por inseminación artificial utilizando el semen del padre contratante y el óvulo de la madre subrogada, gestacional: mediante la FIV del óvulo y esperma de los padres contratantes, implantando los gametos formados en el útero de la madre subrogada, este es un proceso que no solo necesita del consentimiento de ambas partes sino mediante el convenio de un contrato que estipule los honorarios para los cuidados antes y durante el embarazo, incluido el puerperio.

En el segundo capítulo se hace referencia sobre algunos casos que atentan sobre los principios de Bioética, ético-legales debido a que la maternidad subrogada es un arduo proceso que requiere de un contrato, de normas, debido a que integra diversas áreas de estudio tanto en el área médica como social, política y cultural.

La integración multidisciplinaria en el área médica implica la participación de el profesional de enfermería, en el capítulo tres se mencionan las intervenciones que enfermería lleva a cabo así como de los diferentes procedimientos en

servicios, integrados de la clínica de reproducción asistida, siendo de gran importancia conocer que nuestra participación como profesionistas en este proceso, es indispensable, principalmente en la comunicación de la pareja para llevar satisfactoriamente el tratamiento, sin olvidar el apoyo psicológico hacia la madre subrogante y su pareja, por lo que siendo nuevos en este tema, el presente trabajo pretende dar a conocer las diferentes intervenciones que el profesionista de enfermera lleva a cabo en el proceso de la maternidad subrogada.

JUSTIFICACIÓN

La infertilidad es un problema que puede repercutir en el entorno social, pudiendo afectar el rendimiento laboral e intelectual del ser humano, la relación interpersonal con la pareja y la familia, alterando la salud mental y física. En la actualidad existen diversos factores que desencadenan algún tipo de infertilidad en mujeres; sin hacer aun lado la herencia, la genética, la formación de quistes, tumores y alergias, lo más importante es que en la actualidad la mujer toma la propia decisión de cuando tener hijos y si es que los quiere tener, ya que existe la posibilidad de que un futuro se planee la subrogación del útero para evitar una molesta gestación, para evitar prejuicios profesionales ó por el miedo al embarazo.

Dentro de estos factores las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la obesidad, la perdida de grasa corporal por dietas severas, el estrés físico y/o psicológico, la anorexia, la bulimia, el alcohol, la drogadicción, la diabetes y el tabaquismo, desencadenan una serie de signos y síntomas que alteran algunas funciones necesarias para la reproducción, aumentando la probabilidad abortos espontáneos y disminuyendo la capacidad de procrear.

De acuerdo a las estadísticas del INEGI (2008) en México existen un millón y medio de parejas infértiles, debido a que en la actualidad se han encontrado diversos factores desencadenantes de la infertilidad principalmente en la mujer en etapa reproductiva (obesidad, anorexia, bulimia, ejercicio excesivo, etc.) así como la libre decisión de cómo y cuándo llevar a cabo el embarazo, olvidando que la edad idónea para el embarazo es de los 20 a los 35 años de edad y por este hecho, cada año aumenta el número de parejas infértiles, por lo que se pretende poner en marcha para el 1º de enero del 2011 la Ley de la Maternidad Subrogada del D.F. tomando en cuenta a la Fecundación In Vitro y la Inseminación artificial como tratamiento, lo cual pone en la necesidad al profesional de enfermería en el ardua tarea de adquirir los conocimientos sobre el tema.

La maternidad subrogada es un proceso laborioso que implica la participación multidisciplinaria y principalmente la de enfermería como lo menciona R. Matorra “*es el principal actor por ser el nexo entre el médico y la pareja*”, brindando un ambiente de confianza, ya que tiene la capacidad de tener los conocimientos adecuados en el área y de disminuir la ansiedad, la enfermera en las clínicas de reproducción asistida tiene la función de dar solución a la infertilidad de la pareja, es la responsable del manejo del caso mediante la utilización de un expediente clínico donde se integran las historias clínicas y mediante el PAE el profesional de enfermería identificara los problemas en el arduo proceso de la maternidad subrogada, además de llevar acabo funciones de educación, de administración y comunitarias, en visitas a domicilio, así como en aspectos ético- legales que contempla el alquiler del vientre debido a se lleva acabo mediante la celebración de un contrato firmado por los padres contratantes y la madre o pareja subrogada, obligando así a ambas partes cumplir con lo pactado , además de ser guiado por un reglamento en las instituciones de salud para llevar acabo este tipo de maternidad.

Objetivo General

- El pasante de enfermería analizará si la participación del profesionalista de enfermería es indispensable en el proceso de la maternidad subrogada, así como de las intervenciones que se llevan a cabo en el proceso de la maternidad subrogada, para obtener el grado de Licenciada en Enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Objetivos Específicos

- Identificar el concepto y el proceso de la maternidad subrogada.
- Enunciar los aspectos ético-legales de la maternidad subrogada.
- Describir cuáles son las acciones del profesionalista de enfermería en la maternidad subrogada.

METODOLOGÍA

De acuerdo con el tiempo estipulado y con los conocimientos previos sobre la Maternidad subrogada, se delimito el tema para la elaboración de la tesina, se inicio la recopilación de la información para el desarrollo del tema, identificando el titulo y los objetivos a desarrollar con ayuda de la taxonomía de Bloom, así como la integración de los capítulos que se incluirán en dicha tesina, la información fue tomada principalmente de artículos de revistas científicas (medicas, de derecho y de reproducción), periódicos, información de agencias de los países donde es común llevarse a cabo, libros de reproducción asistida: en estas se mencionan casos, antecedentes relevantes del tema referidos a las técnicas de reproducción asistida; como la Fecundación In Vitro y la inseminación artificial que son las empleadas para el proceso de maternidad subrogada y la revisión de tesis de compañeros del área de derecho.

Mediante la síntesis de la información se desarrollan y se integran tres capítulos: en el primero se habla de la maternidad subrogada, donde se dan a conocer las principales técnicas utilizadas en la reproducción asistida, los antecedentes históricos y el proceso de la maternidad subrogada, en el segundo capítulo se hace referencia los paradigmas ético legales del alquiler del vientre, se mencionan principalmente los principios de bioética: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia, en los cuales se mencionan casos característicos y relevantes que han ocurrido a lo largo de la historia, en el capítulo tres se hace referencia a las funciones que tiene el profesional de enfermería dentro las clínicas de reproducción asistida, así como en el proceso de la maternidad subrogada, llegando así a las conclusiones de los objetivos y las sugerencias, que analizando el plan de estudios de nuestra carrera, es muy deficiente debido a que no se toma en cuenta la reproducción asistida como esencial en la práctica diaria.

CAPITULO I

“No cambies la salud por la riqueza, ni la libertad por el poder”.
Benjamín Franklin

MATERNIDAD SUBROGADA

Antes de hablar de maternidad subrogada debemos mencionar cuáles son las técnicas de reproducción asistida más comúnmente utilizadas como alternativa para la reproducción en aquellas parejas con incapacidad para ser padres.

1.1 Técnicas de Reproducción Asistida

Reproducción asistida

Se define como reproducción asistida a las técnicas mediante las cuales se trata de aproximar a los gametos masculinos y los femeninos, aumentando la posibilidad de producir el embarazo.¹

Técnicas de baja complejidad: (Intrauterine Insemination) ***inseminación artificial intrauterina (IU)***: la fertilización se lleva a cabo en las tubas uterinas. Siendo indispensable que por lo menos una de las tubas de la mujer esté sana.

Este procedimiento consiste en inducir una estimulación leve de la ovulación con medicación, la cual se va monitorizando por ecografía y eventualmente, por dosis hormonales. El día de la ovulación, se le solicita al paciente una muestra de semen, para ser procesada en el laboratorio y recuperar los espermatozoides móviles, los cuales son colocados en la cavidad del útero.

Técnicas de mediana complejidad: *GIFT. Gamete Intrafallopian Transfer*

GIFT: (*Transferencia Intratubaria de gametos*) Esta técnica consiste en la recolección de óvulos del ovario que vuelven a transferirse casi inmediatamente después de su recolección (junto con una pequeña muestra de semen).

En este procedimiento, como en todos los de alta complejidad, es necesario practicar la inducción de la ovulación, exámenes ecográficos y pruebas de sangre. También es similar a la IUI, en cuanto a la obtención del semen y su tratamiento. Los ovocitos son recolectados a través de la técnica de la laparoscopia o punción ecográfica. Así se tienen el tiempo justo para examinar los óvulos, elegir tres como máximo y añadir el esperma antes de volver a colocar la muestra en las tubas uterinas.

En la GIFT, la fertilización se lleva a cabo en el ambiente natural, que es el organismo de la mujer (tubas uterinas), a diferencia de la FIV en la cual la fertilización se lleva a cabo *in vitro* (en laboratorio).¹

El índice de embarazos con la GIFT, asciende a un porcentaje de hasta el 36% por cada ciclo de tratamiento, de una tasa promedio de nacimiento de bebés vivos de 26%. Se ha comprobado que el GIFT es un tratamiento útil para las parejas con infertilidad inexplicable y en casos de endometriosis leve, siempre y cuando las trompas de falopio estén sanas.²

Técnicas de alta complejidad: FIV, FIVET (transferencia de embriones), pero solo hablaremos de la FIV debido a que es la técnica más simple y común en esta área.

FIV (*Fecundación In Vitro*): consiste en retirar varios óvulos de los ovarios para ser fertilizarlos con el esperma del hombre en el laboratorio, una vez que los cigotos formados logren dividirse, se transfieren los embriones seleccionados a la matriz para su implantación y desarrollo.³

La implantación se realiza por vía transvaginal, mediante un catéter a través del canal cervical, la transferencia suele ser con tres o cuatro embriones simultáneamente, incrementando la posibilidad de embarazos múltiples.²

Cuando los óvulos de la madre biológica no son óptimos, se procede directamente a la Inseminación Artificial (IA) del vientre subrogado con el esperma del padre o donante.

1.2. Antecedentes históricos de la Maternidad Subrogada

El problema de la infertilidad o la incapacidad de tener hijos y el formar una familia es conocido desde los tiempos más antiguos, así como la idea de la maternidad subrogada.

El primer caso de la maternidad subrogada se llevo acabo con una sierva que se llamaba Agar la cual fue invitada como madre de alquiler para que llevara en su vientre a un bebé de Abraham cuya mujer no habría podido llevar a un buen término un embarazo, fue constatado por escrito en el Antiguo Testamento (el Libro del Génesis, 16) dos mil años antes de Cristo.⁴

La historia menciona hechos similares que daban solución a este problema de infertilidad, donde las siervas y concubinas se usaban como las madres de alquiler en algunos países del mundo.

Claro que en aquel entonces solo fue posible la maternidad subrogada “tradicional”, cuando el padre-cliente y la madre de alquiler fueron los padres genéticos del niño, siendo la fecundación de manera natural.

En 1967 Edwards (Padre de la FIV, premio Nobel 2010) consiguió el primer éxito en la fecundación in vitro de un óvulo humano. Sin embargo, el primer embarazo de un niño “ajeno” que desgraciadamente fue extrauterino sólo se produjo en 1976, después de nueve largos años de investigaciones y experimentos sin cesar. El 10 de noviembre de 1977, cuando el número de intentos fallidos de FIV ya superó la cifra de 600, los médicos transfirieron al útero materno un embrión de ocho células que resultó viable. Al fin y al cabo, el 25 de julio de 1978 en la pequeña ciudad inglesa de Oldham (condado de Lancashire) nació Louise Brown, la primera niña concebida in vitro.⁵

La continuación no se hizo esperar. Dentro de un año, en 1980 en Melbourne (Australia) en el laboratorio de Carl Wood y Alex Lopata después de ocho años de intenso trabajo nació el segundo “bebé probeta”, esta vez un niño, mientras que en 1981 se realizó el primer programa exitoso de FIV en Estados Unidos.⁵

La historia de las madres sustitutas comienza en 1975 en California, Estados Unidos, cuando el periódico “New York Time” publica un anuncio en el cual se solicita una mujer para ser inseminada artificialmente, a petición de una pareja estéril, que por este servicio ofrecía una remuneración.⁶

En 1976 se documentó el primer acuerdo de maternidad subrogada en donde se involucró la inseminación artificial ocurrió en 1976, a través de Noel Keane, un abogado que en Dearborn, Michigan, Estados Unidos creó la primera agencia de alquiler de vientres *Surrogate Family Service Inc.* para ayudar a parejas con dificultad para concebir, facilitando el acceso a madres sustitutas y realizando los arreglos necesarios para la subrogación. Ofrecía programas de maternidad subrogada tradicional, utilizando un ovulo de la madre de alquiler fecundado con el semen del padre biológico, debido a su esfuerzo para el año 1988 nacieron 302 niños por este método.⁷

El primer programa coordinado de maternidad subrogada tradicional en Estados Unidos y en el mundo fue realizado en 1980 en Louisville con asistencia de la compañía *Surrogate Parenting Associates, Inc.* constituida un año antes por el Dr. Richard M. Levin. El proceso de pruebas médicas y la coordinación de la documentación legal, previa al comienzo del programa, tardó nueve largos meses pero el embarazo fue conseguido en el primer intento y terminó con el nacimiento de un niño sano. Desde entonces *Surrogate Parenting Associates, Inc.* ha contribuido al nacimiento de más de 500 niños.

En abril de 1986 en Ann Arbor (Míchigan) nació la primera bebé fruto de un programa de maternidad subrogada gestacional que consiste en que la madre de alquiler gesta un niño que no tiene ningún vínculo genético con ella. La niña fue concebida *in vitro* a partir del semen y óvulo de sus padres biológicos.

Desde 1976 sólo en Estados Unidos han nacido más de 40.000 niños probeta que en su mayoría fueron engendrados mediante programas de maternidad subrogada tradicional.

En Sudáfrica en octubre de 1987 se llevó a cabo el primer programa de gestación subrogada altruista, llevado a cabo en el seno de la misma familia donde la madre prestó su vientre para dar a luz a sus propios nietos.

El primer éxito fidedigno en este terreno remonta a 1989, cuando nació el primer niño gestado por una madre de alquiler. En Gran Bretaña a duras penas se logró convencer al Comité de Ética de que la mujer necesitaba ayuda específica de una pariente suya, a cuyo útero fueron transferidos embriones genéticamente ajenos procedentes de su hermana y cuñado.⁸

En Ucrania empezaron a introducir los métodos de la medicina reproductiva asistida a principios de los 80 del siglo pasado. Jarkov fue la primera ciudad donde el método de la fecundación in vitro (FIV) fue aplicado con éxito y gracias a la FIV nació la chica Katya en 1991. Esta ciudad fue la primera en realizar el programa de maternidad subrogada. Más de 400 “bebés in vitro” han sido nacidos en Jarkov durante los últimos 10 años.⁹

En India, también es posible. El ICMIR (Consejo Médico de Investigación de la India), organismo que rige la carrera médica en el país, controlan la maternidad de alquiler.⁹

Por otro lado y, aunque parezca mentira, debido al control de la natalidad por parte del Gobierno, en China prolifera esta práctica y eso que desde 2001 el Gobierno dejó claro su prohibición. El diario “China Daily” publicaba tiempo atrás, que son sobre todo las parejas de clase alta, las que demandan esta forma de tener hijos.¹⁰

En Rusia el primer programa de gestación sustituta fue realizado en 1995 en el Centro de FIV adjunto al Instituto de Obstetricia y Ginecología de San Petersburgo de la Academia de Ciencia Médicas.

En México solo se conoce que en 1988 nació el primer bebé por medio de la técnica de GIFT.¹¹

Cuadro 1
Cronología de la maternidad subrogada

País	Año / Nombre	Tipo de Maternidad
Israel	2000 a.c. Siervas y concubinas	Maternidad subrogada Tradicional
Alemania	1967 Robert Edwards	Consiguió el primer éxito en la fecundación in vitro de un óvulo humano.
EUA	1975 Periódico "New Yorck Times"	Se publica la petición de madre sustituta.
EUA	1976 Abogado Noel Keane	Crea la agencia de alquiler de vientres "Surrugate Family Service Inc."
Inglaterra	1978	Nació la 1ª niña de FIV
Australia	1980 Carl Word y Alex Zapata	2º bebé probeta
EUA	1980 Louisville junto con la compañía "Surrogate Parenting Associates Inc."	1er programa de maternidad subrogada.
EUA	1981	1er programa exitoso de FIV
EUA	1986 Nace Ann Arbor	1er bebé de Maternidad Subrogada.
Sudáfrica	1987	1er Maternidad subrogada dentro de la misma familia.
Gran Bretaña	1989 Madre de alquiler	1er bebé de maternidad subrogada.
Ucrania	1991 Introducción de la reproducción asistida.	1er niña nacida por FIV.
India	----- El IC MIR controla la Maternidad Subrogada.	Debido al índice de pobreza en el país desde siempre ha habido el alquiler de vientres, se desconoce cuándo inicio.
Rusia	1995	1er programa de gestación sustituta.
México	1988	1er bebé por medio de la técnica GIFT (Transferencia Intratubaria de gametos).

Fuente: Referencias encontradas por la investigadora.

1.3. Concepto: Maternidad Subrogada

Existen diferentes definiciones con respecto a la maternidad subrogada, también llamada “de alquiler” la medicina define a la maternidad como la “relación que se establece por la procedencia del óvulo a partir de la madre”. A su vez, distingue como “maternidad gestacional” a aquella referida a quien ha llevado a cabo la gestación.³

El informe Warnock (Reino Unido) define a la maternidad subrogada como “la práctica mediante la cual una mujer gesta o lleva en su vientre un niño para otra mujer, con la intención de entregárselo después de que nazca”.⁶

El término "maternidad subrogada", fue acuñado en 1981 por Noel Keane, un abogado de Dearborn, Michigan, que fue el primero en reclutar "mujeres criadoras" para atender la solicitud de parejas infértiles. Subrogar es "sustituir o poner una persona o cosa en lugar de otra". Quiere entonces decir que "maternidad subrogada" es la substitución del estado o la calidad de madre, dándosele aquí a madre la connotación de mujer gestante.¹²

La ley de maternidad subrogada del Distrito Federal la define: como la práctica médica auxiliar para la procreación entre un hombre y una mujer.¹³

Delgado¹⁴ propone el siguiente concepto: "Es el acto jurídico mediante el cual un médico con experiencia en la materia, aplicará alguna de las técnicas de reproducción asistida (inseminación artificial y fecundación in Vitro) a una mujer denominada subrogada, quien será soltera, y lo permitirá por única vez, previó convenio que haga con otra mujer, a fin de que se le implante el óvulo de la contratante y el semen del esposo o concubino de esta, ambas mujeres y hombres mayores de edad, a cambio de que la subrogada reciba de la subrogante cierta cantidad de dinero más los gastos médicos necesarios, de modo que al finalizar el embarazo, la subrogada haga entrega del bebé a la contratante".

Muchas son las definiciones dadas a conocer, debido a que este tipo de maternidad no es aceptada para algunos, designando conceptos despreciativos a este tipo de reproducción.

1.4 Tipos de Maternidad subrogada

α Tradicional o de “baja tecnología”.

Se lleva a cabo mediante la inseminación artificial de la madre subrogante con el semen del futuro padre, corriendo el riesgo de no haber embarazo, en caso de que lo haya y llegue a término tendrá vínculos genéticos con ella.

α Gestacional o de “alta tecnología”

Es recomendada cuando la mujer no tiene la capacidad de llevar a término un embarazo, pero si la posibilidad de producir óvulos que podrían ser utilizados, para ser fecundados en un laboratorio, formando embriones aptos y saludables para su gestación.

Para las mujeres que no tienen un útero funcional, esta es la única posibilidad de tener su propio hijo genético, considerando que para la utilización de esta maternidad existen ciertas restricciones.¹⁵

1) *Subrogación total o compartida*: Es cuando la mujer contratada aporta sus propios óvulos para ser inseminada con el semen del padre, portando el producto de los padres, llevado consigo la obligación que después del parto entregue a la criatura al padre biológico, renunciando a todos los derechos de madre, dando en adopción al niño a la pareja del padre.

2) *Subrogación parcial*: Es cuando se contratan los servicios de otra persona para gestar el producto de la pareja por fecundación in vitro.

3) *Subrogación comercial*: Es igual que la parcial, pero en este caso la persona que se presta o se renta recibe una cantidad de dinero por los servicios así como de los gastos durante la gestación.

4) *Subrogación altruista o gratuita*: Se lleva a cabo cuando la persona que presta su vientre forma parte de la familia, tiene algún parentesco amistoso.

El tipo de maternidad subrogada depende de la necesidad y el grado de infertilidad de la pareja, así como del lugar donde se realice debido a sus limitaciones que conlleva el proceso.

Países donde está permitida la subrogación gestacional, incluso la mercantil:

Estados Unidos (en la mayoría de los Estados aunque la legislación varía de un Estado a otro), República Sudafricana, Ucrania, Rusia y Nueva Zelanda. De acuerdo con las nuevas leyes ucranianas, los padres biológicos del niño gestado por una madre portadora se reconocen automáticamente como padres del mismo, sin que se requiera el consentimiento de la madre de alquiler.

Países donde sólo está permitida la subrogación gestacional no mercantil:

México, Australia, Gran Bretaña (se puede cubrir los gastos corrientes de la madre de alquiler), Dinamarca (con serias limitaciones), Israel, España, Canadá, Países Bajos (quedan prohibidas la publicidad del alquiler de vientres, las ofertas de los servicios de madres de alquiler y la selección de estas últimas), algunos Estados norteamericanos.

Países donde la subrogación gestacional queda prohibida:

Austria, Alemania (la responsabilidad recae sobre los médicos y mediadores y no sobre los padres y la madre de alquiler), Noruega, Suecia, algunos Estados norteamericanos (Arizona, Míchigan, Nueva Jersey), Francia.

No es regulada por la ley pero se realiza:

Bélgica, Grecia, Irlanda, Finlandia.

1.5 Proceso de maternidad subrogada

Existen diferentes agencias que se dedican a coordinar este proceso ó llevarlo a cabo por autonomía de la pareja, como se menciona: ejemplo de caso “típico”.

- Contactar la Agencia para pedir información.
- La agencia facilitara el teléfono del centro médico para concretar una cita.
- Desde la agencia se puede pedir tener alguna entrevista con un psicólogo o presentar algún test psicológico.
- Al estar seguros de querer seguir adelante es el momento de empezar a formalizar el proceso. La agencia enviará el contrato que se firmará, en el que se especifica entre otras cosas las obligaciones y derechos de ambas partes, así como los honorarios. Una vez firmados y devueltos a la agencia se debe abonar mediante transferencia los honorarios de esta.
- La agencia ya puede buscar una posible madre subrogante. Para ello enviará un cuestionario en el que mediante diversas preguntas intentará ponerse en contacto con una madre subrogante que pueda tener igual opinión respecto a diversos aspectos del proceso, tales como tipo de relación que desea tener antes, durante y después del embarazo, si quiere hacer la amniocentesis, que hacer en caso de malformaciones del feto, posibilidad de embarazo múltiple. Esto es importante para evitar un conflicto de intereses entre los padres biológicos y la madre subrogada. (Por ejemplo entre otras muchas posibilidades: Si alguna prueba detectara una malformación en el feto y los padres biológicos decidieran abortar, podría resultar difícil para una madre subrogante someterse a un aborto, si ella fuese contraria a estas prácticas).
- La agencia facilitará un bufete de abogados que representarán y llevarán toda la parte legal. Por ello se firmará un contrato con dicho bufete. Este se encargará de redactar los contratos entre los padres y la madre subrogante. Preparará todos los documentos y los presentará al juez para que en el momento del nacimiento y de hacer la partida de

nacimiento consten los nombres de los padres del niño. También gestionará el fondo de garantía durante todo el proceso.

- Fondo de garantía: Mediante un presupuesto global del proceso, se deberá constituir un fondo de garantía. Los abogados facilitarán una cuenta bancaria, para transferir la totalidad del importe. Las facturas relativas al proceso serán remitidas a los abogados, que después de revisarlas, pagarán de dicho fondo. Mensualmente enviarán un balance del estado de la cuenta. La obligación es que haya siempre saldo para ir pagando los costes del proceso. Si en algún momento los gastos excedieran el presupuesto inicial se debe transferir más dinero, así mismo si al final del proceso ha quedado saldo en el fondo este se retornará mediante un cheque.
- Constituido el fondo y firmados los contratos se podrá empezar el tratamiento médico. El doctor prescribirá el tratamiento para los padres y para la madre subrogada.

Caso de agencia:

La primera fase: empezando el proceso

* Visitar la página web de la agencia y llenar una solicitud. Ofreciendo un número de teléfono para más información.

* Asistir a una consulta y conocer al personal, un abogado independiente y un psicólogo. Durante la visita se discute la mejor opción de reproducción asistida para la pareja y las características que se buscan en una madre subrogada, el aborto y la reducción selectiva, la interacción que tendrán con la subrogada, los aspectos legales y financieros del proceso, y cómo contar a su hijo o hija la historia de sus comienzos extraordinarios.

* Cuando la pareja contratante esté lista para continuar, habrá que firmar y devolver los acuerdos. En cuanto los reciba, la agencia les dará la bienvenida al programa.

* Para acomodar a las parejas que posean habilidades limitadas en inglés, ofrecen un servicio de intérprete.

La segunda fase: el proceso de emparejamiento

* Preparación: agencia asistirá a la pareja contratante con las pruebas obligatorias para enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), fotografías,

certificado de matrimonio, carta de infertilidad, perfil de la pareja para presentar a las subrogadas, etc.

* El Emparejamiento: en cuanto una subrogada termine con las pruebas psicológicas y médicas obligatorias, el equipo presentará varios perfiles de parejas contratantes. Una vez que la subrogada haga una selección, se manda su perfil a la pareja contratante para su consideración. Permitir que la madre subrogada haga la primera selección asegura que sólo presentaran mujeres listas a trabajar. No hay nada peor para una pareja contratante que elegir una madre suplente que no quiere trabajar con ellos. La pareja contratante luego revisa los perfiles de las madres suplentes dispuestas a trabajar con ellos y elige a la que quiere que les ayude. Un psicólogo sirve como consejero y enlace entre todas las partes para organizar la primera reunión (en la cual también se presenta el consejero). Se confirma el emparejamiento cuando todos los participantes estén de acuerdo.

* Todas las partes firman los contratos legales y se depositan los fondos de inversión en una cuenta de crédito para cubrir los gastos del embarazo.

La tercera fase: los procedimientos médicos

* La fecundación in vitro (FIV): Iniciar la medicación para sincronizar los ciclos menstruales y empezar la preparación para la transferencia del embrión.

* Inseminación Artificial (IA): La madre subrogada llevará a cabo un control de su ciclo menstrual para predecir cuándo estará ovulando.

La cuarta fase: el embarazo y después

*La pareja se mantiene en contacto con la madre subrogada al menos una vez cada dos semanas durante el embarazo. La mayoría de las parejas contratantes se comunican a través de email o Skype con sus madre suplentes. La meta es involucrar a los futuros padres en el embarazo tanto como sea posible. La mayoría de los futuros padres también asisten a dos visitas médicas por lo menos, y/o hablan con el médico de la madre suplente por teléfono. Éste es su hijo y creemos que tienen el derecho de recibir respuestas a todas sus preguntas médicas.

* El proceso para establecer los derechos de los padres empieza en el segundo trimestre. Es ahora cuando los abogados envían el papeleo necesario al tribunal, luego, el abogado presenta el caso a un tribunal con el fin de conseguir un orden judicial reconociéndolos como los padres biológicos del

niño e instruyendo al hospital que ponga sus nombres en el certificado de nacimiento.

* Los futuros padres están presentes en el nacimiento de su hijo. La mayoría de las madres suplentes quieren que los futuros padres sean testigos del parto de su niño. Generalmente el niño se queda en el hospital un día después del parto. En cuanto el bebé reciba autorización médica, los padres se van del hospital con su hijo recién nacido. El abogado de la pareja contratante le ayuda a conseguir el certificado de nacimiento y un pasaporte en caso de ser extranjero.

* Se recomienda la comunicación entre las parejas involucradas en el programa en todas etapas, (de esta forma una pareja tiene el beneficio de hablar con otras parejas que han cumplido el programa y están ya en su país con su hijo. Sugerimos este tipo de contacto aunque no es obligatorio). Para superar este proceso.¹⁶

El proceso de la maternidad subrogada es muy costoso según algunas agencias oscila entre los 60 y 100 mil dólares, incluyendo el pago de la agencia, gastos médicos, medicamentos, alimentación durante el periodo gestacional, se considera el seguro de vida (si es necesario), gastos legales. Así mismo se deben cubrir los gastos por cesárea o parto, así como de los imprevistos que podrían surgir durante el embarazo. Hablando monetariamente este proceso no es costeable para todas aquellas parejas con algún problema de infertilidad, involucrando aspectos ético-legales. Por ello nos adentraremos en el siguiente capítulo en los principios de Bioética ya que es un tratamiento complejo que involucra una gran cantidad de personas que poseen la libertad de decidir sobre lo que es bueno y malo.

CAPITULO II

“La ciencia no conoce país, porque el conocimiento pertenece a la humanidad, y es la antorcha que ilumina el mundo”.

Louis Pasteur

DILEMAS DEL PROCESO ETICO - LEGAL DE LA MATERNIDAD SUBROGADA CON BASE EN LOS PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

2.1 Concepto de Bioética

La bioética se define de manera general como una disciplina que tiene por objeto analizar y resolver los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida y del cuidado de la salud.¹⁷

La bioética también busca métodos que ayuden a los profesionistas a tomar decisiones éticas o a resolver problemas causados por conflictos de valores. Algunos de estos métodos involucran medidas políticas, de gestión o de legislación.¹⁸

La bioética se basa en principios desde un sentido ético o moral llamamos principio a aquel juicio práctico que deriva inmediatamente de la aceptación de un valor. Estos principios son: Respeto por la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia, aplicados en encontrar soluciones a los métodos que involucran una perspectiva científica y de valores para el mejoramiento de la salud del individuo y de la población. La corriente deontológica fundamenta los principios como normas morales autónomas que se imponen al individuo por su propia fuerza o por su deber.

Los profesionistas en el área de la salud sea cual sea su especialidad tienen la obligación de conocer los principios de bioética, por el simple hecho de tratar con seres humanos: Surge un caso en Italia, en el año 2000, cuando una jueza del Tribunal de Instancia de Roma decidió autorizar un procedimiento de fecundación asistida con el uso de un embrión congelado, mediante gestación de sustitución. Se trataba de una paciente con una patología que afecta al aparato genital femenino, determinando una malformación que imposibilita el

embarazo. En 1995, los ovocitos fueron fecundados en una probeta, y tras una donación, los embriones fueron también congelados. En el año de 1999, y gracias a la disponibilidad de una amiga de la paciente para llevar a cabo la gestación, se solicitó la implantación del embrión crió-conservado. Sin embargo, el ginecólogo que la atiende se niega a realizar la implantación puesto que el Código Deontológico italiano se opone a la práctica de la gestación de sustitución. Ante esta decisión la pareja acude a la autoridad judicial con el fin de solicitar la autorización al ginecólogo para realizar la transferencia del embrión al útero de la amiga de la paciente. La decisión judicial es favorable a las pretensiones de la autora y, por tanto, autoriza el procedimiento.¹⁹

Aquí surge un conflicto en la aplicación de los principios de bioética donde el médico en este caso no aplica el propio juicio y este solo considera la acción en relación de un código de reglas estipuladas en su país para la utilidad social, considerando la acción como su rectitud en la profesión, afectando su constitución del tipo de profesional y de la persona que uno es ante el bienestar del paciente.²⁰

Estos principios son guías generales de la acción. Su especificación en el acto requiere el uso de la virtud. Comenzando por la virtud de la prudencia, la cual presupone el recto conocimiento práctico y la recta intención. Su juego es insustituible, y apoya eso que en todas las profesiones llamamos vulgarmente experiencia. La prudencia acompañada de las otras virtudes prácticas, permiten la formulación del último juicio práctico, mediante la aplicación de principios a la situación particular, y apoyando el compromiso operativo. Sin embargo la función de la virtud no es secundaria, pues sólo ella a su vez permite la correcta evaluación de la razón práctica y la perfección final del acto.

Por eso la virtud no es una supresión de la pasión sino que ayuda al juicio práctico y a la acción más correcta para el bienestar de la persona.¹⁹ Respetando la libre decisión del individuo a realizar aquel procedimiento que convenga, conforme a sus derechos de reproducción así como del niño que nacerá y de la madre gestante, del cual hablaremos en el siguientes principio.

2.2 Respeto por la Autonomía

Se refiere a la necesidad de respetar, tanto en acciones como en actitudes, la capacidad y el derecho que poseen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud, tanto en términos de intervenciones como de investigación.

Hablando de este principio en el Cairo en 1994 se celebró la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, hace referencia a determinados derechos reproductivos, derechos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.²¹

La maternidad subrogada es una práctica basada en la decisión libre de adultos que ejercen su derecho de reproducción, buscando una solución a su problema de infertilidad, así como la libre decisión de la mujer que alquila su vientre para llevar a cabo la concepción de un ser durante nueve meses, para después del parto entregarlo a la pareja contratante, deshaciéndose de todo derecho sobre la criatura, pero en este punto se ve alterada la dignidad de la persona debido a que la dignidad exige dar a todo ser humano lo que es adecuado a su naturaleza misma de persona, distinto de los demás seres vivos debido a que posee razón y libertad.⁶

Llegando a un punto en que la esencia del ser humano como sujeto, comienza a ser visto según las categorías tecno científicas como un modelo o cosa que se moldea y se utiliza para los intereses que convenga, siendo así la maternidad subrogada una subcategoría que por medio de la utilización de las técnicas de reproducción asistida se lleva a cabo la gestación de un ser que

<<deja de ser sujeto para volverse en objeto>>¹⁹ perdiendo la relación materno–infantil durante el embarazo.

Desde este punto de vista, la libertad de la madre gestante queda limitada por su dignidad, por su propia condición de persona. Y, es que la dignidad se ha configurado desde ciertas posiciones como algo ajeno a la propia voluntad de la persona afectada. En consecuencia, «aunque exista una aceptación libre por parte de la persona, ello no desvirtúa la calificación del acto atentatorio de la dignidad»²².

En la actualidad difícilmente se admite como «normal» que un hijo no haya sido planificado, hoy en día se planifica y se empieza a aceptar socialmente que una pareja decida no tenerlos y tal vez a una edad avanzada en la cual ya no exista posibilidad de la concepción. Hace más de veinte años se consideraba que las personas que se casaban debían tener hijos para consumir su matrimonio. Esto supone un importante cambio de valores. Ciertamente, la mujer dispone de la posibilidad de gestionar la maternidad con un amplio margen de autonomía sobre su capacidad reproductiva.²³

Hoy en día la mujer busca la superación personal, que antes no se le permitía, poniendo a la maternidad como una elección y no como una imposición social, renunciando a la posibilidad de tener hijos, a formar una familia y a un adecuado desarrollo integral de su vida personal.

Este perfil de mujeres trabajadoras es también fuertemente víctima de la discriminación social sobre la función materna que se practica desde el ámbito laboral (despido por embarazo, rescisiones de contratos, dificultades de promoción, etc.).²³

Sin descartar que este sea un problema de gran importancia, dando origen a diversos factores, precedentes de la infertilidad en mujeres en edad reproductiva, involucrándonos como estudiantes y trabajadoras, adentrándonos en el principio de beneficencia.

2.3 Beneficencia.

Este principio considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.

Cuando se utiliza una madre de alquiler existen consecuencias a corto plazo, donde la pareja debe sentar bien las responsabilidades que adquiere hacia la mujer que llevará en su seno a un bebé, que no conocerá y que con el tiempo podría repercutir en un sentimiento de culpa por lo que hizo en algún momento de su vida, en el niño podrían existir repercusiones morales, aunque todo depende del manejo inteligente que la pareja haga de ello.²⁴

La maternidad subrogada podría volverse un negocio; existen dos casos como el de Jill Hawkins, inglesa y soltera de 43 años de edad que llevo a cabo 8 embarazos como madre de alquiler y el de Carole Horlock que con 41 años ha sido madre “subrogada” de 12 niños llamando a la madre prestadora de útero “incubadora de niños”.²⁵ Por ello en el Distrito Federal, si se piensa poner en marcha esta práctica se tendría que regular las veces que una mujer podría prestar su útero para evitar un mayor índice de complicaciones por el alto número de gestas.

Las ventajas por las cuáles se aceptaría la maternidad subrogada:

- Es la solución para muchas parejas de tener un hijo con sus propios genes.
- La maternidad subrogada es más rápida que la adopción, por la cantidad de trámites.
- La pareja está involucrada en el proceso del embarazo y en el nacimiento del niño.
- El procedimiento no es doloroso.

- Se tiene beneficios psicológicos de la pareja por la esperanza de tener un hijo.
- Es una práctica basada en la libre decisión de adultos que ejercen su derecho de reproducción.
- Los estudios sobre los niños y las familias que tienen hijos mediante la modalidad de la maternidad subrogada, muestran que no aparecen ni las complicaciones ni los problemas psicológicos anunciado por los críticos.²⁶

Desventajas

- El costo es muy alto, por lo que no todas las parejas lo pueden llevar a cabo.
- Los medicamentos que se utilizan en la FIV, pueden provocar anafilaxia o los inductores de ovulación pueden producir hiperestimulación ovárica.
- Se puede producir cáncer de ovario y dañar a otros órganos.
- Embarazos múltiples no deseados.
- Es moralmente inaceptable porque se pierde el proceso natural de la maternidad.
- Es manejada como un negocio, esto es mediante un contrato, debido a la crisis económica en el que la mujer se encuentra.
- Considera a la mujer una máquina diseñada a producir niños, se dice que es una nueva forma de manipulación del cuerpo femenino, favorecida por la actuación desfavorable de la mujer en el mercado de trabajo.²⁷ La mayor parte de las mujeres que prestan su vientre es por falta de recursos económicos, haciendo parecer que el dinero es un factor para llevarla a cabo, debido a la necesidad de mantener a los hijos o de adquirir algún recurso o algún bien. Este hecho mercantiliza un ser humano ya que se ven forzadas a realizarlo para satisfacer sus necesidades y carencias.²⁸
- Los hijos deben de ser queridos solo con el simple hecho de serlo y no se acepta crear un hijo para darlo a una pareja con consentimiento en el momento del nacimiento.
- Los hijos que nacen bajo este tipo de maternidad sufrirán consecuencias psicológicas ya que se pierde la intercomunicación emocional del feto y

la madre, la mujer gestante durante el embarazo muestra sentimientos de rechazo debido a que no puede encariñarse con el niño que lleva en su vientre.

- Es inmoral debido a que existen niños que pueden ser adoptados.
- La criatura durante la gestación corre el riesgo de quedar huérfano en el nacimiento: Dado es el caso de una pareja de japoneses que se desplazó a la India para alquilar los servicios de una mujer. Pero durante el embarazo se divorciaron y se desentendieron de la pequeña Manji, que nació el 25 de julio en el Estado de Gujarat, tras desembolsar el pago acordado. Lo mismo hizo la mujer que dio a luz a la niña, que la abandonó. Al final, tras un complejo proceso judicial en el que intervino el Tribunal Supremo del país, la niña quedó bajo custodia de su abuela paterna japonesa.²⁹ Entonces para que traer al mundo un ser que quizás y por algo Dios no a todas las parejas les da la posibilidad de crear una familia.
- La mujer embarazada puede no renunciar a la maternidad y desea que el hijo sea plena y legalmente suyo, llegando a un conflicto legal sobre la filiación del niño, debido que existe un contrato.
- La interrupción del embarazo puede llevarse acabo si:
 - 1) Si la mujer gestante contrae una grave enfermedad por efectos del embarazo, de carácter crónico, que pueda afectar su vida.
 - 2) Si la mujer gestante contrae una enfermedad que puede producir graves anomalías al feto, por ejemplo de tipo vírico, y la pareja estéril solicitante pide la interrupción del embarazo.
 - 3) Si se invierte el caso anterior, y es la mujer estéril quien realiza o pretende realizar el aborto, en este punto puede la mujer subrogada a negarse debido a que ella no acepte el aborto.
 - 4) Si la pareja solicitante se divorcia, o muere uno de los miembros o los dos, durante el embarazo.
 - 5) Si el hijo presenta durante la gestación malformaciones o anomalías y no es aceptado por la pareja estéril.
 - 6) La madre subrogada tiene derecho a pedir el aborto, sin consultar a la pareja, debido a que no se siente bien con lo que hizo.

Haciendo referencia a las desventajas mencionare un caso que tuvo lugar en Estados Unidos. Helen Beasley, británica, de 26 años, acordó con una pareja americana llevar a cabo una gestación, tras haberle implantado un óvulo fecundado con el espermatozoides del varón de la pareja, con la finalidad de ceder a todos los derechos sobre el niño nacido de ésta forma. La pareja estadounidense acordó pagarle 19.000 dólares. Pero en el contrato incorporan una cláusula que estipulaba que se realizara una «reducción selectiva» en caso de producirse un embarazo múltiple. La mujer portadora quedó embarazada de gemelos. Se lo comunica a la pareja, y ésta solicita que se deshaga de uno de los fetos al final de la decimotercera semana. Sin embargo, ella se niega, alegando que peligraba su vida y la de los niños. La pareja, entonces, amenaza con no cumplir con sus obligaciones financieras. Finalmente, da a luz a los niños y decide no entregarlos a la pareja.¹⁹

La técnica de fecundación in Vitro tiene como consecuencia de embarazos múltiples, ya que no solo es un embrión si no varios los que se introducen en el útero, poniendo en riesgo el beneficio de la pareja contratante ya que solo se espera la gestación de un bebé, así como la capacidad de la madre subrogada para poder llevar a término un embarazo múltiple, atentando con el principio de No maleficencia en la madre gestante.

2.4 No Maleficencia.

No se debe infligir daño o hacer mal. Este principio obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones.

Los profesionistas multidisciplinarios que trabajan dentro de las clínicas de reproducción asistida, pueden aceptar la maternidad subrogada de forma genérica ó en situaciones específicas debido a que esta técnica se aplica mediante el ejercicio de la autonomía del paciente que quiere llevarlo a cabo y de la mujer que acepta subrogar su útero.³⁰

Hay quienes consideran que esta técnica no debería de practicarse debido a que podría suscitar problemas como la muerte de la madre que presta su

vientre durante la gestación como consecuencia de una complicación durante el embarazo o un litigio sobre la filiación del hijo entre la madre de gestación y los padres genéticos.

Por ello el principio de no maleficencia se calificaría como no aceptable la subrogación como técnica sustituto de la gestación natural.

Otros profesionales asumen una postura intermedia, aceptando solo los casos de mujeres sin útero, porque consideran que están afectadas de una limitación patológica de su fertilidad a la que la medicina reproductiva debe dar respuesta.³⁰

La maternidad subrogada puede ser aceptable, si se toma en cuenta que la pareja es estable, ya que se defiende el derecho del niño a nacer en una familia con dos figuras parentales, la mujer que contrata debe de tener una cierta edad ya que el niño requiere de una madre que esté en condiciones fisiológicas y psicológica para su cuidado y educación, siendo esto de gran importancia en el principio de justicia para evitar riesgos en el futuro del niño.

2.5 Justicia.

Es el principio por el cual se pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria o en la investigación, se realicen en forma justa. Es decir, que se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de la sociedad, tomando en cuenta la edad, el sexo, el estado económico y cultural. En el caso de un contrato se deben de cumplir con todos los acuerdos estipulados.

Se mencionan algunos casos que tuvieron relevancia por el simple hecho de llevar a cabo la maternidad subrogada y no haber cumplido con el contrato establecido.

En EUA el caso de Baby M de New Jersey: La Sra. Mary Beth Whitehead, una ama de casa de 29 años de Brick Township (New Jersey), firmó un contrato el 6 de febrero de 1985, de tener un hijo para William Stern profesor universitario y su mujer Elizabeth Stern, pediatra, a través del Centro de Infertilidad de

Nueva York, la Sra. Whitehead accedió a que “en el mejor interés del niño, no desarrollaría ni intentaría desarrollar una relación madre-hijo y dejaría libremente la custodia a William Stern, padre natural, inmediatamente después del nacimiento del niño y renunciaría a todo derecho materno, según este acuerdo”. La Sra. Whitehead recibiría 10.000 dólares de “compensación por los servicios y los gastos” Cuando la niña (concebida por inseminación artificial con el espermato del Sr. Stern) nació el 27 de marzo de 1986, la Sra. Whitehead y su marido que ya tenían 2 niños, se resistieron a separarse de la niña.²

Después de un juicio de 32 días, el juez Sorkow declaró el contrato de subrogación válido y ejecutable, terminó con los derechos maternos de la Sra. Whitehead y otorgó la custodia exclusiva de Baby M al Sr. Stern.²

Otro caso es el de 1983 el de las gemelas Magali y Christine Sevault, luchando por Stéphane, fruto de la inseminación de Christine con el semen del marido de Magali (estéril tras un aborto por accidente), Christine aceptó ser fecundada y entregarles a la criatura; pero tras el parto comenzaron los problemas entre las hermanas, ya que Christine no podía olvidarse de la criatura, y acabó por odiar a su hermana e irse lejos, ya que ella hubiera querido alimentar a la niña porque le impedían ligar algún sentimiento de madre.²

En este tipo de maternidad la madre subrogada “no puede, de antemano, predecir cuál será su actitud hacia con el niño que dará a luz, y además porque, entregará a un bebé fruto de sus entrañas, una parte de ella que fue donada para dar felicidad a otra persona, lo cual la hace sujeta a posibles sufrimientos emocionales, además de que cambia la actitud de cariño del esposo de la madre subrogada, siendo de rechazo por llevar en el vientre un hijo que no es suyo.

Arriesgándose a tomar la decisión de retener al bebé, incumpliendo con el contrato de subrogación, debido a la vivencia de gestar un hijo y desarrollar el “amor entrañable de madre” durante nueve meses, generando un sentimiento de culpa, a medida que se estrecha el vínculo entre ella y la criatura que está gestando, mayor es el conflicto interno y el sentimiento de impotencia por haber

aceptado entregar después del nacimiento a un tercero, lo cual ejerce una presión constante desde el inicio de la gestación.³¹

Tal es el caso de una recién nacida en India, Manji Yamada, está en peligro de ser una niña huérfana nacida de un vientre de alquiler si no resuelve la cuestión legal.

La historia se remonta un año atrás, cuando la pareja japonesa formada por Yuki e Ikufumi Yamada, decidieron contratar a una mujer india como madre sustituta. Ella sería el vientre de alquiler y aportaría los óvulos; el padre, Ikufumi pondría los espermatozoides, la pareja se separó. La niña nació y Yuki la esposa de Ikufumi, no quiso quedarse con el bebé. Manji solo tenía a su padre, quien quiso llevársela de inmediato a Tokio. Sin embargo, la ausencia de una ley india para niños nacidos de una madre de alquiler, se lo impidió. La única opción para él sería adoptarla. Pero Ikufumi se topó con una antigua prohibición india: los hombres solteros no pueden adoptar a bebés mujeres. Siendo Manji una saludable niña de nacionalidad india, no podía ser reconocida por su propio padre biológico.³²

Este tipo de maternidad se considera una práctica aberrante, porque se arranca a una madre biológica a su hijo recién nacido.

El contrato manifiesta estrictas normas de conducta de la madre subrogada las cuales obligan a la abstención de tener relaciones sexuales con el esposo y aceptar todo tratamiento que el médico indique y a no consumir sustancias que pongan en riesgo la salud de la criatura.³³

CAPITULO III

“Comienza a manifestarse la madurez cuando sentimos que nuestra preocupación es mayor por los demás que por nosotros mismos”.

Albert Einstein

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DE LA FERTILIDAD

La Fecundación In Vitro es un tratamiento muy complejo por lo que se requiere la participación multidisciplinaria de profesionistas dedicados a la reproducción asistida sin olvidar que cada profesional desarrolla funciones específicas y adquiere responsabilidades sobre el tratamiento, la enfermera/o “de la fertilidad” es generalmente el único implicado en el paciente, tratamiento y la atención en todo el ciclo de la FIV.³⁴

3.1 El papel de enfermería

El papel de enfermería de la fertilidad según Muirhead³⁵ es reconocido porque el “suministro de la información es fundamental para facilitar a la pareja los procedimientos a realizar en la fecundación in Vitro”, esto es una relación enfermera-paciente; “una relación de ayuda que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y la persona receptora del cuidado (paciente o familia) durante un determinado tiempo, en el que la enfermera centra su actuación en las necesidades y problemas de la persona, mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidad propias de la profesión”.³⁴

Las actividades que se llevan a cabo van encaminadas a promover la salud mediante el cuidado, para mejorar el bienestar de la pareja así como en el acompañamiento durante todo el proceso de su tratamiento de reproducción asistida considerando algunos aspectos importantes para la relación enfermera-paciente como Matey³⁶ lo menciona:

1. *Afectivo o de relación de confianza:* la enfermera debe brindar un ambiente de confianza para aclarar dudas durante el procedimiento, disminuyendo la angustia y la tensión hacia el tratamiento.

2. *Cognoscitivo o de definición de las necesidades de atención:* se debe estar pendiente de aquellas cuestiones que puedan crear algún conflicto durante el procedimiento.
3. *Activo o de aplicación de las acciones y técnicas de enfermería precisas:* se aplican los procedimientos propios y adecuados para el tratamiento.
4. *Ético:* en el que la enfermera es consciente de sus capacidades, vigilando las condiciones de la asistencia y motivo, por el beneficio del paciente. Aquí es donde se aplica el código deontológico de enfermería.

Enfermería como profesión centra la acción del cuidado en los principios básicos de bioética. El concepto de cuidado se integra de las funciones específicas de enfermería. Según las OMS, las funciones principales de la enfermera son: participar en la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, desarrollar programas educativos sobre salud, trabajar de forma efectiva en un equipo de salud, e investigar.³⁷

La definición de las funciones de enfermería y el quehacer diario de la práctica obligan a entender a la profesión como un compromiso compartido con otros profesionales para el bienestar del paciente.

La ética es la aplicación de la razón a la conducta, sustentada en los principios universales del bien, utilizando como objeto el acto humano, es decir el acto realizado consciente e inconscientemente.

El ejercicio de enfermería requiere del conocimiento de las propias habilidades y debilidades para un mejor desempeño de la profesión y mediante la fundamentación y un razonamiento crítico de las decisiones tomadas para con el paciente.

Lo que la ética a enfermería exige es el trato digno hacia el paciente con un cuidado integral de calidad, una atención personalizada y humanizada, todo con el fin de obtener la salud del paciente, basado en la comunicación y el respeto a la dignidad de la persona.

El principio de Autonomía: Significa que el trato debe ser de respeto, tomando en cuenta las decisiones, respetando la integridad de la persona y con el consentimiento informado constar por escrito que el paciente está consciente del tratamiento, que comprende la información y que está enterado de rechazar o llevar a cabo los cuidados necesarios.

El principio de Beneficencia, No maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Regido por los deberes universales: hacer o promover el bien, prevenir, apartar y no infringir daño o maldad. Se debe evitar transgredir los derechos de la persona haciendo el menor mal posible.

Justicia: en la atención de enfermería no es solamente la equidad en los servicios de salud así como de la utilización de los recursos materiales, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona tanto biológicas, espirituales, afectivo, social y psicológico, siendo equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades, sin distinción de la persona.³⁷

El profesional de enfermería de la fertilidad lleva a cabo actividades administrativas según Muirhead³⁴:

- Envía información a las parejas interesadas sobre el tratamiento.
- Presencia los formularios de consentimiento informado para el tratamiento, así como la verificación e integración de un expediente clínico.
- Revisa los registros médicos y organiza fechas para el tratamiento conforme al protocolo de la clínica.
- Es el responsable de que se cumpla con las fechas y tratamientos.
- Es el enlace entre el paciente, la clínica y el médico.

A continuación se describen las intervenciones de enfermería que se llevan a cabo en los diferentes servicios por lo que pasa la madre subrogante.

3.2 Consulta externa³⁶

Este es el primer paso del proceso de la maternidad subrogada, la primera consulta, al contactarse con la clínica de reproducción para el tratamiento, así

como la identificación de la madre que prestará sus servicios para la subrogación.

- La enfermera/o lleva un control de los servicios mediante la comunicación y el manejo de las citas programadas durante el día.
- Organiza y controla el material que se requiere en los diferentes servicios.
- Orienta y resuelve dudas acerca del tratamiento.
- Crea un ambiente de confianza.
- Vela por la integridad y seguridad de la/los paciente.
- Lleva a cabo un calendario de las actividades que se realizarán durante todo el proceso.
- Se realiza el llenado de la historia clínica, tanto antecedentes personales como de infertilidad para elaborar un diagnóstico y un tratamiento, el cuál incluirá:
 1. Antecedentes personales de: infecciones y enfermedades sistémicas.
 2. Traumatismos y/o intervenciones quirúrgicas.
 3. Hábitos tóxicos y farmacológicos.
 4. Ocupación laboral de la pareja.
 5. Historia menstrual y ginecológica de la mujer.
 6. Métodos anticonceptivos previos.
 7. Historia sexual: Fecha de comienzo de las relaciones sexuales, duración de la infertilidad, fertilidad en el matrimonio y en las relaciones previas, frecuencia y técnicas de contacto sexual, posibles dificultades durante el coito, forma de enfrentarse a la infertilidad.³⁸

Las responsabilidades técnicas propias del profesional de enfermería que se llevan a cabo son:

- Colocación de venoclisis.
- Administración de medicamentos.
- Ecografía (ultrasonido) abdominal de exploración.
- Realizar pruebas de embarazo.
- Llevar a cabo la inseminación artificial y prueba pos-coital.

- Asistencia médica en procedimiento de recolección folicular, transferencia de embriones y biopsias testiculares (en caso de ser hombre).
- Mantener tiempos y material durante el procedimiento quirúrgico.
- Llevar a cabo el pre, pos y trans-operatorio.

En cooperación con el médico especialista se evalúa el estado del útero, de los ovarios y el paso a través del canal cervical, para verificar si es probable llevarse a cabo la punción folicular para la extracción de los óvulos en la FIV.³⁶

3.3 Proceso de la FIV.

La Fecundación In Vitro es una técnica de alta complejidad en la reproducción asistida, constando de seis pasos, divididos y distribuidos de acuerdo a las áreas específicas para el procedimiento.

1. Estimulación controlada del ovario (Consulta externa).
2. Punción ovárica y/o folicular (Quirófano).
3. Recolección y preparación del semen (Quirófano o área estéril).
4. Inseminación de los ovocitos (Quirófano).
5. Transferencia de embriones.(Quirófano)
6. Congelación de embriones (Quirófano).

1. Primer paso de la FIV: Estimulación controlada del ovario.

Esta se lleva a cabo mediante la utilización de gonadotropina la cuál induce el crecimiento de folículos, teniendo por lo tanto, ovocitos para dar lugar a embriones, pero hay que tener en cuenta que no todos serán viables y de buena calidad.

El tratamiento puede durar entre 12 y 20 días en función del protocolo utilizado y de la velocidad de respuesta de cada mujer. Durante el mismo, se realizarán ecografías (ultrasonidos transvaginales) seriadas (unas 3 ó 4) y la administración de estradiol en sangre para comprobar que el crecimiento y la evolución de los folículos es el adecuado. En algunos casos puede ocurrir que la paciente responda exageradamente a la estimulación, produciendo muchos folículos y dando lugar al Síndrome de Hiperestimulación Ovárica.³⁹

- Enseñarle y explicarle la aplicación del medicamento.
- Llevar a cabo un calendario para llevar un control de citas.
- Mencionarle las reacciones secundarias del medicamento.
- Aclarar dudas con respecto al procedimiento.

3.4 Quirófano para la FIV

Tanto la punción ovárica como la transferencia de embriones son dos procedimientos que requieren ser realizados en un área estéril, lo que significa que dichas técnicas deben estar estandarizadas y controladas por el personal que contribuye en su realización.⁴⁰

3.4.1 Preoperatorio Mediato

En esta fase las actividades más características de enfermería son:

1. Recepción de la paciente:
 - Identificar correctamente a la paciente por su nombre y apellidos con respecto al expediente clínico.
 - Hacer el ingreso: acompañar a la paciente a la habitación para que se instale y ayudarle en la preparación para la intervención quirúrgica.
2. Revisar el expediente clínico :
 - Verificar que estén integrados los consentimientos informados sobre el procedimiento.
 - Comprobar que contenga los estudios de laboratorio:
 - Pruebas de virus de la hepatitis A, B y C, VIH.
 - Hemograma, coagulación y bioquímica.
 Es recomendable repetirlas cada seis meses.
 - Identificar patologías y alergias.

3.4.2 Preoperatorio inmediato.

La enfermera debe comprobar:

- Ayuno: de al menos 6 horas.
- Administración de gonadotropina corionica 36 horas antes de la punción.
- Retirar prótesis, joyas, esmalte de uñas, etc.
- Vaciar vejiga antes de la intervención.

- Asegurar que la pareja pueda acompañarla hasta su casa.
- Acompañar al quirófano a la paciente intentando tranquilizar y disminuir su ansiedad explicándole todo el proceso.
- Colocar a la paciente en posición de litotomía o ginecológica en la camilla quirúrgica manteniendo siempre su intimidad.
- Entregar el recipiente estéril correctamente identificado para la recolección de la muestra.

2. Paso dos de la FIV: Punción ovárica o folicular.

Se realiza cuando los folículos han alcanzado el tamaño correcto y hay disponibles un número adecuado de ovocitos, 36 horas después de la administración de una inyección de Gonadotropina Corionica Humana, induciendo la maduración ovocitaria final.

3.4.3 Trans operatorio

La punción se realiza en quirófano y bajo sedación, con el fin de que la paciente no sienta ningún tipo de molestias durante el procedimiento, cuya duración es de aproximadamente 10-15 minutos. Ésta se hace por vía vaginal, guiada por ecografía y a través de una aguja fina conectada a un sistema de presión negativa, se aspiran todos y cada uno de los folículos, obteniendo de este modo los ovocitos que hay en su interior. Tras el procedimiento, la paciente estará en observación aproximadamente una hora y después podrá ser dada de alta.

La enfermera circulante:

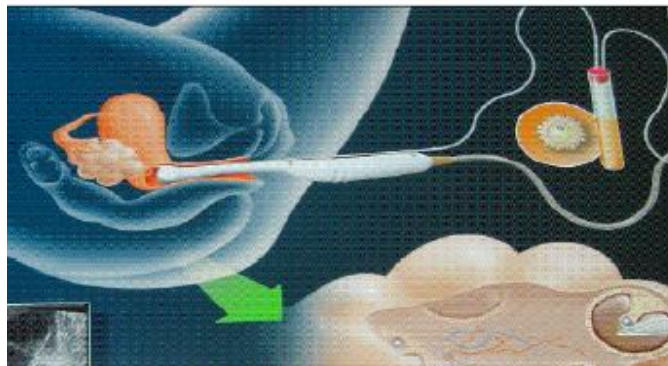
- Identifica a la paciente: nombre y dos apellidos.
- Coordina el equipo de quirófano con el laboratorio de FIV para que el personal del laboratorio esté preparado para la recepción de líquido folicular según se va realizando la punción.
- Mantiene el ambiente aséptico: solamente se permitirá el paso de personal indispensable para la intervención.
- Ajusta las luces del quirófano para permitir una correcta visualización de todo el personal.

- Proporciona el material que se necesite durante la intervención.
- Recibe los extremos no estériles y elementos conectados a unidades no estériles.
- Obtiene hemoderivados requeridos por el anestesista.
- Anota las observaciones en la hoja de enfermería del paciente.
- Asiste al anestesista en la reversión de la paciente
- Colaborar en el traspaso de la paciente de la mesa de operaciones a la camilla.
- Da apoyo psicológico para disminuir la ansiedad y el temor de la paciente.

La enfermera instrumentista:

- Lavado quirúrgico de manos.
- Prepara la mesa quirúrgica.
- Ayuda a colocar la vestimenta al equipo quirúrgico y a montar el equipo de aspiración.
- Mantiene la mesa quirúrgica ordenada.
- Entrega el instrumental y el material de forma rápida.
- Está alerta de cualquier peligro intra operatorio.
- Realiza el recambio de tubos cuando se llenen.
- Durante todo el procedimiento los tubos de aspiración deben estar a una temperatura de 37° c, la enfermera instrumentista es la encargada de colocarlos y conectarlos en un sistema de aspiración con un indicador de presión a 140mmHg.

Imagen 1. Punción ovárica.



Fuente: (Paredes T. 2008)⁴⁰

- La enfermera circulante es la encargada de llevarlos al laboratorio.
- Para concluir se realizará una ecografía para verificar si no hay presencia de sangrado, se procederá a realizar un lavado con suero fisiológico.

3.4.4 *En el periodo Post-operatorio* la enfermera debe:

- Acompañar a la paciente hasta su habitación y lograr un ambiente cómodo y tranquilo.
- Colocar a la paciente en decúbito supino.⁴¹
- Tomar constantes vitales.
- Comprobar si hay sangrado vaginal.
- Verificar la permeabilidad de la venoclísis.
- Valorar si hay presencia de dolor.
- Iniciar con la administración de medicamentos según indicaciones médicas.
- Iniciar dieta líquida.
- Registrar las constantes vitales, la administración de medicamentos, el estado general de la paciente y las intervenciones llevadas a cabo.
- Dar la hoja de alta con las indicaciones médicas en caso de dolor y las posibles complicaciones derivadas de la punción ovárica.

3.4.5 *Instrucciones de Alta.*

La enfermera proporcionará educación para la salud, así como de algunas recomendaciones con respecto al procedimiento.

La paciente debe:

- Guardar reposo y evitar ejercicios violentos.
- Ingerir abundantes líquidos.
- Tomar el medicamento a la hora indicada.
- Podría haber algunos signos y síntomas durante 48-36 horas siguientes tales como:
 - Sangrados vaginales escasos.
 - Cólico de tipo menstrual.
 - Distensión abdominal.
 - Náuseas y/o vómito.

- Acudir al médico en caso de fiebre mayor de 38° c, dolor abdominal intenso, hemorragia transvaginal, mareos y/o pérdida de consciencia.
- Indicarle que puede haber complicaciones tales como:
 - Hemorragia.
 - Infección.
 - Dolor.
 - Incorrecta recuperación ovárica.⁴⁰

3. Tercer paso de la FIV: Recolección y preparación del semen.

Los espermatozoides para el proceso de la FIV suelen ser recogidos antes de la extracción de los óvulos.

- Al padre contratante se le pide que se abstenga de tener relaciones sexuales durante dos o cinco días antes de la recolección.
- Mediante la comunicación se le explica cómo obtenerlos, para que el estrés no sea un factor que inhiba su capacidad para producir la muestra.
- Se llevara la muestra al laboratorio para la inseminación.

4. Cuarto paso de la FIV: Inseminación de los ovocitos.

Después de que los óvulos han sido recuperados son trasladados al laboratorio para la identificación, evaluación y preparación para la inseminación, se colocan en una placa de cultivo los óvulos y los espermatozoides del hombre para que un espermatozoide consiga fecundar al óvulo.

La placa de cultivo se deja en la incubadora que se encuentra a la misma temperatura que el útero materno.

Una vez fecundados se desarrollaran de 16 a 19 horas, después se eliminaran las células no fecundadas, mediante la observación en un microscopio con la identificación de dos pro núcleos, uno posee la información genética del óvulo y el otro del espermatozoide (Clínica de reproducción asistida).

Se le informará a la pareja que los ovocitos han sido fertilizados.

- Cultivo de embriones

Después de la formación genética de pro núcleos se dividirán en 2-4 células (blastómeros), en este estadio el embrión se denomina cigoto y cuando se encuentra dividido empieza a expresar sus propios genes. El 3er día en 6-8 células, está preparado para el consumo de glucosa de la cavidad uterina. 4º día encuentra en el estadio de mórula y se ha dividido en 16-32 células. 5º día se ha dividido en 100 células (blastocitosto). 6º día se produce el hatching o eclosión, es decir, la Masa Celular Interna (MCI) el embrión sale del interior para adherirse al endometrio de la cavidad uterina, siete días después se produce la implantación en el útero.

El cultivo de embriones se realiza hasta el segundo o tercer día de la punción ovárica.

5. Quinto paso de la FIV: Transferencia de embriones

Es el proceso mediante el cual se depositan los embriones en el tercio superior de la cavidad endometrial.⁴⁰ Utilizando de uno a tres embriones para la transferencia que se llevara a cabo en la madre de alquiler.

Antes de implantar los embriones la madre subrogada es asistida con el especialista en fertilidad para establecer el momento apropiado para la transferencia, la cual tomara algunos medicamentos de estrógenos y progesterona para favorecer la implantación, esto ayudando a que la membrana uterina se desarrolle lo suficiente para la retención de los embriones.

Para determinan el momento idóneo para la transferencia, se llevarán a cabo una serie de ultrasonidos (4-5), se tratara de combinar/sincronizar la fecha del momento exacto del ciclo con los días de los embriones a fin de asegurar la posibilidad de producir el embarazo, aunque se incrementa el riesgo de un embarazo múltiple.

En esta etapa se le preguntará y se le informará a la pareja contratante sobre la cantidad de embriones que serán transferidos al útero de alquiler.

La duración de la intervención es de aproximadamente 15 min. No se requiere de sedación. Llevándose a cabo como a continuación de menciona:

a) La recepción de la paciente.

Actividades de enfermería.

- Llevar a cabo el ingreso de la paciente.
- Identificar con el nombre y apellidos.
- Integrar el expediente clínico, mediante la historia clínica, previos estudios de laboratorio de la madre subrogada:
- Exámenes de sangre para detectar VIH, hepatitis B y C, si existe alguna infección con la presencia de anticuerpos, Tipo de sangre y RH.
- Exámen céfalo-caudal para su evaluación física, incluyendo edad, peso, No. de hijos como madre de alquiler y propios.
- Papanicolaou y ultrasonido para detectar las condiciones idóneas para concebir y llevar un embarazo a término.
- Anotar si existe alguna alergia.
- Integrar una hoja de observaciones de enfermería.
- Contrato establecido de acuerdo al tipo de maternidad.
- Contar con el consentimiento informado para los procedimientos que se llevarán a cabo en este caso, en la transferencia de embriones.
- Acompañar a la paciente para prepararla y explicarle el procedimiento, no hay que descuidar la parte emocional.⁴⁰
 - Colocar el camisón, sin ropa interior.
 - Se le indica que tome suficiente agua para mantener la vejiga llena para una mejor visibilidad de la ecografía y que el trayecto para introducir la cánula sea lo más recto posible.⁴¹
- Acompañar a la paciente al quirófano o área especial para este procedimiento.

b) Procedimiento:

- Se identifica a la paciente con su nombre y apellidos.
- Se coloca a la paciente en posición ginecológica o en semifowler.
- Se coloca el espejo vaginal.⁴¹
- Se realiza la limpieza del cerviz con un medio de cultivo y aspiración del moco cervical con una jeringa de 1cc.⁴¹
- Se introduce un histerometro para verificar la distancia del fondo uterino.
- Se introduce la cánula elegida por vía transvaginal hasta llegar a la cavidad uterina con ayuda de una ecografía que realiza la enfermera.⁴¹

- El embriólogo coloca los embriones en la cánula ⁴¹, serán identificados con nombre y apellidos antes de realizar la transferencia.

En esta área la enfermera identificará a la paciente con el nombre y apellidos, se confirmarán los datos de los padres contratantes y de la madre de alquiler.

- Será el eslabón de comunicación entre el ginecólogo y el embriólogo para la transferencia de embriones e indicarle cuando cargar los embriones en la cánula.
- Se proporcionará el material necesario para el procedimiento.
- Se deberá ajustar las luces del área para no dañar los embriones.
- Realizará la ecografía abdominal.
- Brindará confianza a la paciente y disminuir la ansiedad durante el procedimiento, además de proteger la intimidad de la paciente.

Al terminar la transferencia de embriones se le indicará a la paciente:

- Permanecer en cama en posición decúbito supino⁴⁰ durante 10 minutos⁴¹ con las piernas flexionadas, después de este tiempo podrá levantarse e ir al baño a orinar.
- En el expediente se integrará una hoja con las indicaciones médicas, así como el número de embriones transferidos.
- Continuará con la dosis de progesterona hasta el momento en que se lleve a cabo la prueba de embarazo

c) Alta de la transferencia de embriones

- Se le informará sobre las complicaciones de la transferencia de embriones; las cuales puede no haber la implantación y repetirse el procedimiento, puede haber la presencia de sangrado y tendrá que acudir con el médico tratante.
- No realizará ejercicios bruscos que puedan ejercer mucho movimiento.
- No levantar cosas pesadas.
- No tener relaciones sexuales durante los siguientes 7 días.
- Evitar aumentos de la temperatura corporal (ejercicio intenso, sauna, etc.)
- Ingerir abundantes líquidos.
- No ingerir bebidas alcohólicas o medicamentos sin prescripción médica.

La prueba de embarazo se realizará 12 días después de la transferencia y 15 días en orina, durante este periodo la pareja contratante tendrá altos niveles de ansiedad por el resultado, así como en la madre gestante que podrá mostrar sentimientos de culpa y rechazo.

En este período se recomienda seguir con la vida habitual y se les informará por teléfono para verificar su estado de psicológico y una valoración física de la madre gestante.

6. Sexto paso de la FIV: Congelación de embriones

Se conservan los embriones “extras” no transferidos, esto permite que la pareja contratante en el caso de que la implantación en la transferencia de embriones no se lleve a cabo, se pueda repetir el proceso, reduciendo costos y acortando el proceso completo.

El tiempo máximo de congelación es de 5 años, manteniendo a los embriones estrictamente etiquetados.

Las habilidades que la enfermera como atributo importante, llevará con la pareja una relación interpersonal:

- La comunicación y el apoyo emocional, durante los pasos de la FIV ya que la pareja puede presentar angustia hacia los procedimientos.
- Ofrecer apoyo y asesoramiento en aquellos procedimientos invasivos que involucran la intimidad de la persona.
- Identificar y evaluar cualquier signo de ansiedad y depresión con respecto al tratamiento.
- Proporcionar asesoría adicional a las parejas sobre las madres sustitutas.
- Tener la capacidad de dar malas noticias con sensibilidad.

El cuidado de enfermería en la maternidad subrogada se basa en brindar comodidad y confianza para llevar a cabo el procedimiento de fertilidad, así

como el incitar la esperanza en la pareja de procrear un hijo con sus propios genes.

La solidaridad, la comprensión y la compasión son muy importantes en la participación de enfermería tanto con el equipo multidisciplinario como con los pacientes, de esto depende el logro del tratamiento, la enfermera se involucra demasiado emocionalmente y haciéndose responsable de la fertilidad de la concepción de la pareja.

Desde este punto enfermería y el equipo de profesionistas que están implicados en el tratamiento deben de aprender a comunicarse para saber llevar las emociones e ir poniendo límites y no llevarlos consigo, se necesita del apoyo de otros para madurar en este tipo de clínicas de fertilidad.

La enfermera establece aptitudes de empatía, de defensa hacia el paciente mediante los valores, creencias culturales y espirituales.

3.5 El proceso de embarazo

Una vez confirmado el embarazo se realizará una serie de ecografías hasta el segundo o tercer mes de embarazo, esto es para verificar si se ha logrado con éxito la implantación y el desarrollo del embrión es el adecuado.

3.5.1 Consultas prenatales

Las consultas prenatales son un conjunto de actividades que están dirigidas a la mujer embarazada con la finalidad de tener un control del embarazo para evitar y prevenir posibles riesgos de muerte materno-infantil.⁴²

En la maternidad subrogada se lleva un control continuo, oportuno e integral para detectar complicaciones y malformaciones en el desarrollo del embrión, dado que en cualquier momento del embarazo se puede tomar la decisión de la interrupción.

- Se realizarán revisiones periódicas cada mes hasta la semana 23.

- A partir de la semana 31 cada 2 semanas hasta la semana 40⁴⁰, en nuestro país las consultas de control de embarazo son programadas conforme a la NOM-007⁴³

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas.

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas.

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas.

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas.

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas.

Durante el embarazo se llevarán consultas psicológicas para la pareja contratante y la madre subrogada, debido a que en el embarazo se presentan sentimientos de culpa y ansiedad influyendo en el desarrollo del producto gestante, así como en la aptitud de la pareja de la madre subrogante.

Es importante hablar con las parejas sobre este tipo de emociones para aclarar dudas y temores durante el proceso, promoviendo la comunicación con la pareja y padres biológicos.⁴⁴

El personal de enfermería debe tener en cuenta la situación en la que se encuentra la mujer embarazada para realizar las intervenciones adecuadas y la especificación de los cuidados, se dará importancia a que la pareja contratante sea participe durante el desarrollo del embarazo en los cuidados y consultas prenatales así como en los estudios a realizarse.

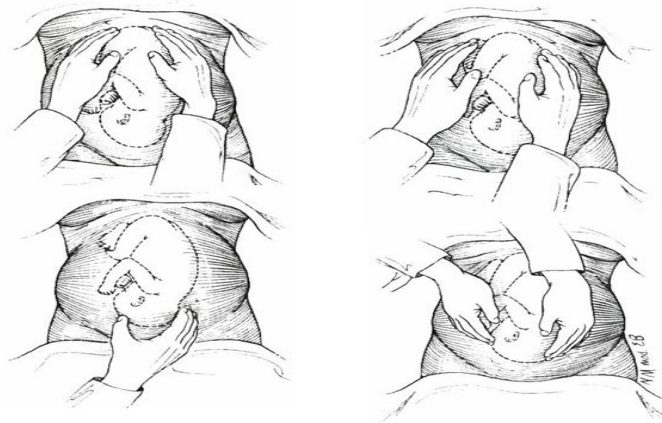
Intervenciones de enfermería durante el embarazo:

- Integrar una historia clínica gineco-obstétrica, que previamente se llevo a cabo el llenado de esta al momento de elegir a la madre subrogante (es uno de los requisitos para ser madre de alquiler).
- Realizar toma de somatometría y signos vitales. (peso, talla, toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca materna y fetal, frecuencia respiratoria.) así como determinar las cifras de las constantes vitales.
- Valorar la altura del fondo uterino para determinar una aproximación del tamaño y desarrollo fetal.
- Realizar las maniobras de Leopold para:

- Comprobar la forma y volumen del útero.
- Reconocer elasticidad, contractibilidad y excitabilidad del útero.
- Ubicar el útero en relación a orientación y posición.
- Determinar cantidad de líquido amniótico.
- Determinar número de fetos y realizar una estimación del peso fetal.
- Evidenciar y objetivar movimientos fetales.
- Estimar grado de encajamiento.
- Evaluar elementos de la estática fetal.

Imagen: 2

Maniobras de Leopold.



Fuente: (Rojas, K. 2007)⁴⁵

- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal: se lleva a cabo mediante un estetoscopio de Pinard, suele localizarse a la mitad del ombligo y la espina iliaca antero superior en la presentación cefálica. El latido cardiaco es rítmico con una frecuencia de 120-160 latidos x minuto. Se debe realizar a partir de la semana 18, sino se detecta el latido las causas pueden ser: muerte fetal, dificultad por obesidad materna, polidramnios, entre otras.
- Estado nutricional de la madre.

En el embarazo se producen cambios fisiológicos, hormonales y bioquímicos que influyen en las necesidades nutricionales de la mujer, por esto se le informa a la mujer gestante sobre la importancia de controlar su peso para asegurar el crecimiento, desarrollo fetal y evitar complicaciones.⁴⁶

La alimentación debe de ser adecuada y consumir alimentos ricos en energía y proteínas así como de vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico.

Cada trimestre hay aumento de peso:

1er trimestre 1 a 1.5 kg. Durante el trimestre.

2º trimestre 1 a 1.5kg. cada mes.

3er trimestre 1.5 a 2 kg. cada mes.

Durante el embarazo hay un aumento de peso de 9 a 12 kg.⁴⁶

En este lapso, puede haber la presencia de:

- Náuseas: esto se debe a cambios hormonales durante el primer trimestre del embarazo, se recomienda hacer comidas secas durante el día (no consumir líquidos con las comidas) evitar cualquier tipo de intolerancia alimenticia, si el número de veces que vomita aumenta acudir con el especialista.⁴⁷
- Acidez: debido al aumento del tamaño del útero, se ejerce presión sobre el estómago, ello produce que el ácido gástrico pase al esófago, produciendo una sensación irritante de ardor en la boca del estómago⁴⁷. Se recomienda: Dividir los alimentos en pequeñas raciones distribuidas durante el día.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- No exceder las especias, refrescos, alimentos grasos, té y café.
- No usar ropa muy ajustada.
- Tomar un alimento para disminuir la acidez como la leche tibia.⁴⁸
- Programar el número de consultas de acuerdo al estado general, edad gestacional y características individuales.
- Se iniciara la terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos y defectos en el producto.
- Capacitar a la madre gestante sobre los signos y síntomas de alarma, puede haber aumento de la presión arterial y producir preclamsia, diabetes durante el embarazo.
- Informarle sobre los efectos que puede causar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y la exposición a agentes químicos.

- Valorar el proceso de adaptación individual y familiar con respecto a la subrogación e identificar cambios en el estado emocional en caso de requerir atención especializada.
- Proponer acciones para los futuros padres en la preparación de un ambiente familiar para recibir al recién nacido.
- Promover la adquisición de hábitos higiénicos durante el embarazo.
 - No usar tintes de cabello durante el embarazo ya que son absorbidos por la piel, pasando estas sustancias a la placenta y provocar defectos congénitos.
 - Estimular la higiene bucal.
 - Usar ropa cómoda no muy apretada.
 - Usar zapatos cómodos adecuados para evitar molestias en la columna.
- Hábitos intestinales

Durante el embarazo hay presencia de estreñimiento por lo que se recomienda la ingesta de dos litros de agua, realizar ejercicio físico diario, comer alimentos ricos en fibra como salvado, piña, manzana, papaya, como un laxante suave y natural mermelada o jugo de ciruela.

- Actividad sexual

Se sugiere disminuir la actividad sexual durante el primer y último trimestre, se debe evitar cuando se detecta amenaza de aborto o parto prematuro.

- Se estimulará a que la madre contratante brinde leche materna para ayudar a la integración de la relación madre e hijo.

3.6 Atención en el trabajo de parto.⁴⁹

El parto es un proceso fisiológico mediante el cual llega a la culminación del embarazo con la salida del feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno, acompañado de cambios en el cuello uterino.

Durante el control prenatal se identifican los riesgos para realizar un parto normal o cesárea, además de programar dicha intervención y los estudios de laboratorio pertinentes para el procedimiento quirúrgico.

En este período el personal de enfermería lleva a cabo intervenciones orientadas en la preparación del parto de la madre subrogada, del nacimiento y el cuidado del recién nacido en la pareja contratante.

El parto y el nacimiento deben de llevarse a cabo en el hospital elegido por las dos parejas, así como la participación de de todos los miembros del contrato para dicho cumplimiento del mismo.

En el momento de la admisión de la mujer para el parto se llevará a cabo la⁵⁰:

- Somatometría y signos vitales, frecuencia cardiaca materna y fetal, estado del parto (estado de la membranas y tapón mucoso).
- Si hay la presencia de contracciones, verificar duración y frecuencia en 10 minutos.
- Si presenta ansiedad, dolor e incomodidad.
- Se realizan maniobras de Leopold para determinar la posición, orientación y presentación fetal.
- Se realiza exámen vaginal para determinar los centímetros de dilatación y borramiento del cerviz.

3.6.1 Fases del trabajo de parto.

- Dilatación: esta se lleva a cabo con la presencia de las contracciones haciendo que el cuello uterino se dilate.
- Expulsión: se inicia con la dilatación completa del cuello y termina con la salida del feto.
- Alumbramiento: se expulsa la placenta y residuos placentarios.

Durante el periodo de parto el personal de enfermería debe de:

- Brindar tranquilidad y calma a la paciente, para disminuir el dolor del parto.
- Proporcionar seguridad e intimidad.
- Valorar el estado general, así como las constantes vitales y la cantidad de sangrado.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica y realizar el lavado antiséptico del periné.

- Se anotarán las observaciones en la hoja de enfermería de la paciente, así como la hora del nacimiento y el alumbramiento e indicios de sangrado.

Después del parto la mujer gestante ya no será participe de los cuidados del recién nacido así como de los derechos sobre él, los padres contratantes recibirán al recién nacido para empezar a amamantarlo.

Cuidados en el pos-parto, puerperio inmediato.⁵¹

- Vigilancia continúa por lo menos durante 2 horas.
- Se valorara su estado general (nivel de conciencia, piel e hidratación de mucosas) y signos vitales.
- Verificar características de los loquios (tipo, olor y cantidad).⁵²
- Examinar altura y consistencia del útero, para verificar la involución uterina.
- Estimular a la deambulación en menos de 24 hrs. Si no está contraindicado, esto es para evitar el riesgo de tromboflebitis, embolismo pulmonar, estreñimiento o infección.
- Verificar el Rh del recién nacido con el de madre para inhibir la izo inmunización antes de las 72 hrs.
- La ingesta de alimentos puede ser 2 horas depuse del parto en parto normal y si no está contraindicado.
- Se tomara en cuenta el estado de las mamas y se anotara para verificaciones previas.

3.7 El Puerperio

El puerperio es el período de tiempo que comienza después del parto y finaliza hasta la recuperación de los órganos internos (6-8 semanas) ⁵².

Durante el puerperio la mujer experimenta alteraciones emocionales:

- Tristeza puerperal: se presenta con síntomas de cefalea, irritabilidad confusión y falta de memoria ⁵¹, se presenta del 3º al 7º día, la mujer en la maternidad subrogada desarrolla estos sentimientos en un mayor nivel, necesitando el apoyo de un especialista que le ayude a sobrellevar esta situación, debido a que podría desarrollar depresión.

- Depresión pos-parto esta se presenta después de la 3er semana, es una depresión del estado de ánimo y su intensidad puede ir de leve, moderada o severa.
- Psicosis puerperal se puede presentar en el 2º o 14º día o en los primeros 7 días, algunos síntomas son: insomnio, agresividad física o verbal, delirios, melancolía, anorexia, alucinaciones, en este caso se debe acudir con un especialista para evitar la autolesión.

3.8 El recién nacido.

- En el momento del nacimiento se evitara la perdida de calor, manteniéndolo en cuna de calor radiante.
- Limpiar rostro y nariz, retirando residuos de moco y líquido amniótico.
- Tomar signos vitales y somatometría.
- Valorar test de Apgar en el primer minuto y a los 5 minutos, para verificar su adaptación al ambiente extrauterino
- Administrar vitamina K, en las 2 primeras horas de vida como profilaxis para hemorragias.
- Colocar en los ojos gotas de eritromicina para evitar la presencia de alguna infección oftálmica.
- Retirar pinza del cordón umbilical y colocar cinta umbilical.
- Valorar el test de Silverman para verificar dificultad respiratoria.

3.8.1 Los cuidados del recién nacido.⁵¹

Los cuidados en el recién nacido deben de centrarse en la familia haciendo participe a la madre en el contacto madre e hijo sin ninguna separación y enseñar a la pareja los cuidados del recién nacido:

- La pareja contratante tendrá la responsabilidad de contar con los artículos necesarios para el cuidado del recién nacido
- La ventilación en el cuarto de dormir debe ser cálido sin corrientes de aire (para evitar enfriamiento).
- No exceder el baño por más de 5 minutos, el agua debe de estar a una temperatura de 35º - 37º c.
- Secarlo con pequeños golpecitos sin frotar y utilizar una crema hipoalergénica o aceite mineral.

- La ropa debe de ser lo más cómoda posible de acuerdo al clima.
- El cordón umbilical se secura con una gasita, no se aplica ningún medicamento o pomada, el pañal se colocara por debajo del cordón y solo cubrirlo con una gasa.⁵³

El contrato y el proceso de maternidad subrogada termina con la entrega del recién nacido a la pareja contratante, una vez hechas las valoraciones para evitar posibles riesgos en la salud del bebe, así como las indicaciones pertinentes de los cuidados que debe de tener en casa.

3.9 La lactancia materna

La mujer contratante tiene la opción de decidir sobre la lactancia materna, ya sea por alimentación artificial (por medio de formulas lácteas) o por lactancia materna propia con tratamiento previo para la producción de calostro.

- La mujer contratante llevará un tratamiento con progesterona, además de la estimulación del seno con masajes circulares y con la utilización de tira leche para la succión.
- En la madre subrogada se le indicará para evitar fiebres y el dolor en los senos por la acumulación de leche materna (mastitis) se coloque un brasier de compresión o que se vende los pechos.
- Se indicará los cuidados durante la lactancia.
 - Se valorará el tamaño y la forma del pezón para verificar la capacidad de amamantar.
 - Higiene del pezón antes y después de amantar, para evitar enfermedades gastrointestinales.
 - Llevar una dieta balanceada con abundantes líquidos por la producción de leche.
 - En caso de ser necesario a completar la alimentación con leche artificial, se le enseñará cómo prepararla.

Amamantar favorece la formación del vínculo afectivo, permitiendo al niño desarrollar una personalidad segura e independiente. La madre que amamanta a libre demanda responde de forma sensible a las señales del niño y se siente en sincronía con su bebé. El contacto íntimo es otra de las ventajas de la lactancia materna.⁵⁴

CONCLUSIONES

- ✓ Nuestro objetivo general que se señalaba y proponía: Analizar si la participación del profesional de enfermería es indispensable en el proceso de la maternidad subrogada, así como de las intervenciones que se llevan a cabo. Esta más que demostrado, en el transcurso de la investigación se ha identificado que la participación de enfermería es más que indispensable, no como la hacedora del médico, sino como un cooperador de un equipo multidisciplinario, siendo en esta área el más importante participe en la fertilidad de las parejas, llegando a un gran avance en el mundo con la propuesta de crear la enfermería en la fertilidad.
- ✓ La participación del profesional de enfermería es muy importante y necesario en este tratamiento de reproducción asistida, ya que es el responsable de la atención del paciente, de la comunicación con el médico, es la persona idónea para aclarar las dudas, brindar confianza, seguridad e intimidad a la persona con respecto al tratamiento de la maternidad subrogada, no solo con la pareja o personas que busca este tipo de maternidad sino también el bienestar de la mujer que presta su vientre.
- ✓ La relación multidisciplinaria es primordial en este proceso debido a que influye en las emociones del equipo y el de enfermería, este puede llegar a involucrarse demasiado emocionalmente, sintiendo la responsabilidad y la obligación de que el tratamiento funcione, teniendo la necesidad de comunicarse con las personas que conocen este proceso, se necesita del apoyo de otros para madurar en este tipo de maternidad.
- ✓ El papel de enfermería de la fertilidad es desafiante, emocionante y a menudo con limitantes éticos, que de acuerdo a las diferentes técnicas de reproducción asistida se desarrolla una gran diversidad de casos que involucran los valores de una sociedad.³⁴
- ✓ El profesional de enfermería con respecto a este tema tiene una gran responsabilidad de prepararse constantemente debido a que la maternidad subrogada involucra cuestiones éticas, legales y emocionales, haciendo la práctica de enfermería deficiente en la reproducción asistida.

SUGERENCIAS

Los planes de estudio de enfermería en reproducción, no contemplan los temas de reproducción asistida como un tema indispensable para la práctica hospitalaria y comunitaria, la cual sería indispensable implementar para un mejor conocimiento del proceso de la maternidad subrogada dentro de los hospitales. Incluyendo algunos temas, como lo menciona Williams³⁴:

- Las técnicas de reproducción asistida, principalmente FIV.
- Énfasis en la comunicación interpersonal y multidisciplinaria.
- Aprender a como reconocer y aceptar las respuestas emocionales.
- Como dar y recibir apoyo.
- Entendimiento de las implicaciones de las consecuencias de los avances tecnológicos.
- Desarrollar una capacidad para pensar profundamente en cuestiones éticas en el presente y en el futuro de los casos.
- Desarrollar una supervisión clínica, comenzando con un programa de orientación, para identificar aquellos limitantes en la función de la atención de enfermería en la reproducción asistida y mejorar en la práctica diaria.

La enfermera egresada lleva a la práctica un tipo distinto de atención ya que solo centra su práctica en el ámbito comunitario, hospitalario y en diversas áreas de nuestra sociedad, siendo un campo nuevo la reproducción asistida ya que esta exigiendo una mayor demanda de profesionistas en enfermería preparados en el área, además de una mayor responsabilidad en el proceso de la maternidad subrogada y su tratamiento.

REFERENCIAS

1. COBAS, D. M. Fecundación "IN VITRO". [<http://www.robertexto.com>] Argentina: Roberto [2008] dirección disponible en : <http://www.robertexto.com/archivo15/invitro2.htm>
2. Martha, T. J. M. (2001). Diez temas de reproducción asistida, Ed. Line Grafic. Madrid, España. Pp.27-55
3. Rodríguez L. D. Nuevas técnicas de reproducción humana. El útero como objeto de contrato. RDPNS, 2005; volumen (11) Pág.97- 127.
4. Martín C. J. Maternidad subrogada: una práctica moralmente aceptable. Análisis crítico de las argumentaciones de sus detractores. 2009 Fundación Foro, Buenos Aires.
5. Verver H. y Vargas. Historia de la maternidad subrogada. El sol de Zacatecas. 2010/Julio/24; Opinión: obtenido de <http://www.oem.com.mx>.
6. Cano, M. E. (2009).Historia de la maternidad subrogada.REDE.[PDF] 2001;Vol. 1 (No.2) disponible en: <http://www.revistapersona.com.ar/cano.htm>
7. Castillo L. L. M. Maternidad subrogada o ¿vientres de alquiler? [<http://catedrajudicial.blogspot.com>] Colombia: Fernando Murillo Flores. Begonia del Rocío Velásquez Cuentas. Castillo, L. M., Echegaray V. V., Oviedo. R. L., [26/sep./2007acceso2010] disponible en: Blogspot.
8. Zaeva, V. *Maternidad Subrogada en Rusia y en el Mundo*. [<http://surrogacyinrussia.com>] Rusia: Clinica CA-MA (2010) Disponible en:Maternidad subrogada en Rusia y el mundo.
9. La vita felice, Centro de maternidad subrogada. obtenido de <http://www.surrogate-mother.ru/sp/>
10. Ethafne K. Vientres de alquiler una opción a la alza. 01/06/2008-2010 Madrid, MASOLA obtenido de: www.masola.org
11. Centro de fertilidad IECH-Monterrey obtenido de www.iech.com.mx
12. Ruiz, P. S. Programación humana asistida: La maternidad subrogada, suplente o sustituta. RAIDC [Internet] 1998; vol.1. (No.21): Pág.1-19. Disponible en: Universidad de Carabago Venezuela.
13. Iniciativa de ley de maternidad subrogada del D.F. La presidenta de la Comisión de Salud la Dip. Maricela Contreras Julián [26/11/2009] Aprobada el 30/11/2010.
14. Delgado, C. A. S.: La maternidad subrogada: un derecho a la reproducción humana a la luz del derecho mexicano. [Tesis de maestría en derecho]. ENEP Aragón: UNAM; 2004.
15. Subrogación (madre sustituta) obtenido de: <http://fertilidadhoy.com> 2009/09/09
16. Agencia Centro de la Paternidad subrogada obtenido de <http://www.creandofamilias.com/>
17. Álvarez, S. J. C. ¿Qué Ruiz, L. D. Bioética ¿Cuál es el límite del ser humano? Bariloche es y para qué sirve la bioética? En: 6ª Jornada monográfica de Gen-ética. Pensar cuestiones bioéticas con los alumnos; 2006. Pág. 1-7. Obtenido de: <http://www.feremadrid.com/fichas/Materiales%20Jornada620052006.pdf>
18. Ruiz, L. D. Bioética ¿Cuál es el límite del ser humano? Diario digital interactivo Bariloche [Internet] 2002: Columna (opinión).Argentina.

19. Souto G. B. Aproximación al estudio de la gestación de sustitución desde la perspectiva del bioderecho, UCM, Madrid, [internet] 2005 [2010]; Vol. 1 No.1/2005: Pág. 275-292. Disponible en: Universidad Complutense de Madrid.
20. Serrano R. M. Prof. Titular de filosofía del derecho. Universidad Complutense. Los principios de la bioética. [bioética Web] Madrid: [2003-2010]. Dirección disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/>
21. ONU, UNFRA. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo en el Cairo.1994. del 5-13 planteado para los próximos 20 años. Doc. 115 pág. (original en inglés) aprobado el 13 sep.
22. Suárez P. A. L. Docente egresada de la Universidad Santo Tomás Bogotá Colombia Reproducción humana asistida y filiación en el derecho de familia colombiano. vLex [internet] 2008 [acceso 2010]; Vol.1 (No. 6): Revista vía *inveniendi et ludicandi*, Colombia.
23. Solé C. y Parella S. <<Nuevas>> expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales <<exitosas>>. FES (Federación Española de Sociología) [internet] 2004, [acceso 2010]; Vol.1 (No.4). Pág. 67-92. Disponible en: Universidad Autónoma de Barcelona
24. Reyes, S. Fdo. ¿Qué sabes de la maternidad subrogada? REED [revista electrónica de derecho] 2006 [acceso 2010]; Vol.1 (No.1/enero): Pág. 2. Disponible en: Universidad de la Salle Bajío.
25. Del Burgo M. Madres de alquiler ¿El fin justifica los medios? TD (tribuna del derecho) [internet] 2009 [acceso 2010]; vol. 1 No.8/oct. Disponible en: Vientres de alquiler.
26. Beck-Gernsheim, E., La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia, 1ª Edición, Barcelona, Ed. Paidós, 2003, Pág. 276 Disponible en: Biblioteca Jurídica Virtual.
27. Gómez de la T. M. La Fecundación In Vitro y la filiación. 1ª Edición. Santiago de Chile. Ed. Jurídica de Chile; 1993. Pág. 197-250.
28. Dr. Martín C. Maternidad subrogada: Una práctica moralmente aceptable “Análisis crítico de las argumentaciones de sus detractores” Buenos Aires, Argentina. 2009 Pág.1-18 Obtenido de: www.fundacionforo.com
29. Kanto. Caso de Japonesa revela mercado de vientres de alquiler en la India. Diario internacional Press digital. Tokio. 23/08/2008, Política. Obtenido de www.ipcdigital.com.
30. Alonso, M. La posible legislación de las “madres de alquiler debería estar precedida por un profundo debate social alejado del sensacionalismo mediático” Periódico Opinar, 2008; La entrevista: No 27.
31. Serrano Lavertú D. y Linares P. A. Análisis de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Una perspectiva de género, 2000, pp. 237-239. Obtenido de: Organización Panamericana de la Salud. EUA.
32. La Voz de Galicia, Inscrita en el Registro Mercantil de Coruña en el Tomo 2438 del Archivo, Sección General, a los folios 91 y siguientes, hoja C-2141.
33. Lic. Arambula, R. A. Investigadora parlamentaria, Maternidad subrogada. México D.F.: Dirección de servicios de investigación y análisis, Subdirección de política exterior; 2008. SPE-ISS-14-08.
34. Williams. Amy. The experience of fertility nursing Within the New Zealand. [A Dissertation Presented in part fulfillment of the Requirements

- for a doctoral thesis submitted in part fulfillment of the requirements for Master of Health Science Master of Health Sciences] Auckland University of Technology; 2007.
35. Muirhead, M. Nursing care in an assisted conception unit. In PR Brinsden. 2nd Ed. New York: The Parthenon Publishing Group Inc. Ed. A textbook of in vitro fertilization and assisted Reproduction; 1999.
 36. Matey, S, Olías, S, López, E. Rabadán, S. et. al, La enfermera en la reproducción asistida. 1ª edición. Madrid, España. Ed. Dikynson; 2007, Pág.169-179.
 37. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. ISBN-970-721-023-0, México, D.F. diciembre 2001.
 38. Frisas, C. O. Protocolo de esterilidad e infertilidad. Nicaragua: Ministerio de Salud (minsa); Salvat 4ª edición Barcelona 1986, Pág.:136-148. Obtenido de: www.minsa.gob.in
 39. Donat, H. C., Grau, G. C., Mallol, B. L., Lluch, A. M., Gualda, R. P., Hinarejos, P. S. et. al. Problemas de salud reproductiva. La pareja estéril. Valencia: Universidad de Valencia; 2005. Pág. 1-19. Obtenido de: Mural servidor de páginas web de estudiantes.
 40. Paredes T, Matley Herranz, Papel de enfermería en el área quirúrgica de reproducción asistida. Departamento de enfermería Instituto valenciano de infertilidad de Madrid Vol. 25 No4 Julio-Agosto 2008.
 41. Remohí J, Cobo A, Romero JL, Pellicer A, Simón C. Manual práctico de esterilidad y reproducción humana. 2ª ed. Madrid Ed. Interamericana, 2005, Pág.439-457.
 42. Cloherty, John, Eichenwald, E., Stara, Ann. Manual de cuidados neonatales 4ª edición, Ed. Masson Barcelona España. Pág. 43-83.
 43. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
 44. www.babycenter.com
 45. Rojas, K. Maniobras de Leopold [presentación power point] Madrid: Obstetricia; 2007
 46. García, R. A. Atención de enfermería en la mujer embarazada. Universidad
 47. Saalfeld Von, K. Nutricionista. Prepararse nutricionalmente para los tres primeros meses de embarazo. [Internet] Costa Rica: AMERISOL, 2003 [2003-2010].www.geosalud.com
 48. Gómez R. Guía práctica para la mujer embarazada.1a ed. Madrid. España. Ed. Ojos de papel; 2003. Pág. 104-110
 49. González, M. J., Laila V. J. M., González B. F. E. Obstetricia, 5ª ed. Ed. Masson. Barcelona España. 2006. Pág. 257-323
 50. Braña A. T. La enfermera en el parto “cuidados de la paciente” 2009 [acceso 2010] Disponible en: Blogspot.com
 51. Paredes Atenciano J. A., Manual práctico de procedimientos de enfermería 1ª ed. Ed. Mad, España. 2003. Pág. 129-136.
 52. Ramos, L. F., Rodríguez, G. J., Ruiz, P. M. Macías, S. J., Matronas “cuidados durante el puerperio”. 1ª ed. Ed. Mad. Madrid, España. 2005. Pág. 233-293
 53. Cloherty, John, Eichenwald, E., Stara, Ann. Manual de cuidados neonatales 4ª edición, Ed. Masson Barcelona España. Pág. 43-83.

54. Comité de lactancia materna, Lactancia materna "guía para profesionales" Barcelona España. 2004

BIBLIOGRAFIA

55. MENDOZA GARCÍA, Isidro. "Problemática jurídica de la Maternidad Subrogada", Tesis para obtener el Título de Licenciado en Derecho. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001, Pág.80.
56. Palacios, Santiago Salud y medicina de la mujer, Ed.Harcourt, Madrid, España, (2000), Pág. 134-135.
57. Macculley Jess y Seine, (2008) Articles: Las causa comunes de infertilidad. Medicina reproductiva, Córdoba Argentina. Obtenido de www.nascentis.com
58. Villasante, Amparo, Juque Luis y García V. Juan A., Técnicas de reproducción asistida, Instituto Valenciano de Infertilidad, Madrid, España. (2005), Obtenido de: www.apcontinuada.com
59. Dr. Mas Díaz Jorge, Dr. González, Hdez. Julio, otros. Aspectos ético legales de la reproducción asistida, Revista Médica. Colombia. (2002)
60. Danfort, David N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 1ª ed. Ed. Interamericana. 2005 (Disponible en la Biblioteca "Graciela Arroyo de Cordero" de la ENEO).
61. Matorras, R., Hernández, J., Molero, D. Tratado de reproducción humana para enfermería. 1ª ed. Ed. Panamericana. Madrid, España. 2008

ANEXOS

CONTRATO DE MATERNIDAD SUBROGADA

Este es un ejemplo de contrato de maternidad subrogada tradicional, ya que solo se hace referencia al padre natural de la criatura. Obtenido de las diferentes agencias mencionadas en las referencias.

Este Acuerdo es hecho en _____ (la Fecha), por y entre _____, una mujer casada (llamado el Subrogada), _____, su marido (llamado el Marido de Subrogada), quién los dos residen en, _____ (la Dirección) y _____, (llamado Padre Natural), quién reside en, _____ (la Dirección).

Las RELACIONES Este Acuerdo es hecho con la referencia a los hechos siguientes: El Padre Natural es un hombre casado encima de la edad de _____ (_____) (Dieciocho (18) o la Edad Aplicable Requirió por el Estatuto) años que desea entrar en este Acuerdo, con el solo propósito de que es habilitar el Padre Natural y su esposa que no puede concebir para tener un niño que es relacionado biológicamente con el Padre Natural.

B. La subrogada y el Marido de Subrogada han pasado la edad de _____ (_____) (dieciocho (18)) años y los dos el deseo y está deseoso entrar en este Acuerdo sujeto a las condiciones contenidos en este Acuerdo. Ahora por consiguiente, en la consideración de las promesas mutuas, que las representaciones, condicionen y condiciones contenidas en este Acuerdo, las partes están de acuerdo con lo siguiente:

SECCIÓN UNO; representada ella es capaz de concebir a los niños. La subrogada entiende y está de acuerdo con los intereses más buenos del niño ella no formará o intentará formar una relación del Madre-niño con cualquier niño o niños, ella puede concebir, puede llevar al término, y puede dar el nacimiento a, consiguiente a este Acuerdo.

SECCIÓN DOS; La subrogada y el Marido de Subrogado se encuentran casados desde _____ (la Fecha). El Marido de subrogada está de acuerdo con los propósitos y comestibles de este Acuerdo y reconoce que su esposa, la subrogada, se inseminará artificialmente conforme a las disposiciones de este Acuerdo. El Marido de subrogada está de acuerdo eso en los intereses más buenos del niño él no formará o intentará formar una relación del padre-niño con cualquier niño o la subrogada de los niños puede concebir por la inseminación artificial, como esta descrito en este acuerdo, y acepta libremente y prontamente entrega de la custodia inmediata del niño al Padre Natural.

El Marido de subrogada está de acuerdo en terminar sus derechos paternas con tal niño más allá. El Marido de subrogada él hará todos los actos necesario, refutar la presunción de paternidad de cualquier descendencia concebida y nacido consiguiente a este Acuerdo con tal de que por la ley, incluso la comprobación de sangre.

SECCIÓN TRES; La subrogada se inseminará artificialmente con el semen del Padre Natural por un médico. La subrogada, al quedar embarazada, está de

acuerdo a llevar el embrión (o feto) hasta la entrega. La subrogada y su Marido, ellos cooperarán con cualquier investigación del fondo médico, familia, e historia personal y garantías la información para ser exacto al mejor de su conocimiento y creencia. La subrogada y su Marido están de acuerdo renunciar la custodia del niño al Padre Natural, están de acuerdo en firmar todas las declaraciones jurídicas necesarias y otros documentos posteriores luego del nacimiento del niño, y para participar voluntariamente en cualquier procedimiento de paternidad necesario para que el nombre Padre Natural figure en el certificado de nacimiento del niño como el padre natural o biológico.

SECCIÓN CUATRO; La consideración para este Acuerdo que es la compensación para los servicios y gastos, de ninguna manera debe de traducirse como una cuota para la terminación de derechos paternales o como el pago en cambio de dar el consentimiento para renunciar al niño para la adopción, además de otras cláusulas contenidos en este Acuerdo, serán como sigue: 1. _____ (\$_____) se pagarán los dólares o pesos a la subrogada, para los servicios y gastos llevando a cabo las obligaciones de Subrogada bajo este Acuerdo. La manera de pago será como la siguiente,

_____ 2. El Padre Natural pagará los gastos incurridos por la subrogada, consiguiente a su embarazo como que se define específicamente sigue: (un) Todo médico, hospitalización, el farmacéutico, laboratorio, y gastos de la terapia, incurridas en como resultado del embarazo de Subrogación, no cubrió o permitió por su salud presente y comandante seguro médico, mientras incluyendo gastos médicos todo extraordinarios y los gastos todo razonables para el tratamiento de cualquier problema emocional, mental, u otro relacionaron a tal embarazo. En ningún evento, sin embargo, cualquier gasto se pagará o se reembolsará después de un periodo de _____ (____) meses de pasado la fecha de la terminación del embarazo subsecuentemente. Este acuerdo excluye los gastos específicamente para sueldos perdidos u otros incidentes no-detallados relacionados a tal embarazo. *(El b) Padre Natural no será responsable para cualquier médico, hospitalización, farmacéutico, laboratorio, o gastos de la terapia que ocurren _____ (____) meses después del nacimiento del niño, a menos que la casualidad del problema médica a los tales gastos era conocida y trató mediante un médico a la expiración del*

_____ (____) se notifica a Custodio, como representante de Padre Natural, por el correo certificado, el recibo del retorno pidió. (El c) Padre Natural será responsable para el costo total de toda la comprobación de paternidad. Los tales paternidad probando pueden, a la opción de Padre Natural, se requiera anterior para soltar de la cuota de la subrogación. Si el Padre Natural es concluyentemente determinado no ser el padre biológico del niño como resultado de una prueba de ADN, este Acuerdo se juzgará abierto brecha y la subrogada no se titulará a cualquier cuota, y el Padre Natural se titulará al reembolso de gastos todo médicos y relacionados de la subrogación.

SECCIÓN CINCO; La subrogada y el Marido son conscientes, entienden, y están de acuerdo en asumir todos los riesgos, incluso el riesgo de muerte que es incidental a la concepción el embarazo, el parto, e incluye, pero no se limita a, complicaciones subsecuente a tal parto.

SECCIÓN SEIS; La subrogada y el Marido, por la presente de esté acuerdo sufrir la evaluación psiquiátrica por, _____, un psiquiatra, designado por Padre Natural.

El Padre Natural pagará por el costo de tal evaluación psiquiátrica. Antes de sus evaluaciones, la subrogada y el Marido firmarán un certificado médico su padre natural y biológico. La subrogada y el Marido están de acuerdo en firmar todas las declaraciones jurídicas necesarias y otros documentos posteriores luego del subsiguiente nacimiento del niño, y para participar voluntariamente en que permite la diseminación al Custodio o Padre Natural y su esposa copia del informe preparado como resultado de las tales evaluaciones psiquiátricas.

SECCIÓN SIETE; El Substituto y el Marido de Substituto están de acuerdo por la presente es el derecho exclusivo y solo de Padre Natural nombrar a tal niño nacido consiguiente a este acuerdo.

SECCIÓN OCHO; Niño, como se referido en este acuerdo, incluirá a todos los niños simultáneamente nacido consiguiente a las inseminaciones contempladas en este

Acuerdo.

SECCIÓN NUEVE; En caso de la muerte del Padre Natural o subsecuente al nacimiento de tal niño, se entiende y estaba de acuerdo por el Substituto y el Marido de Substituto, el niño se pondrá en la custodia de esposa Padre Natural.

SECCIÓN DIEZ; En el evento el niño se aborta anterior al _____ (____) (Quinto o como el caso sea) mes de embarazo, ninguna compensación, como enumerado en

Sección Cuatro, Divida en párrafos 1, se pagará al Substituto. Sin embargo, los gastos enumeraron en Sección Cuatro, Divida en párrafos se pagarán 3 o se reembolsarán a la subrogada. En el evento el niño se aborta, troqueles, o está nacido muerto subsecuente al _____ (____) (Cuarto o como el caso sea) mes de embarazo

La subrogada recibirá _____ (\$_____) los dólares en lugar de la compensación enumerada en Sección Cuatro, Divida en párrafos 1. En caso de un aborto descrito anteriormente, este acuerdo terminará, la subrogación " ni Padre

Natural estará bajo cualquier obligación extensa bajo este Acuerdo.

SECCIÓN ONCE; Substituto y Padre Natural deba cada uno sufrir el examen físico y genético completo y evaluación, bajo la dirección y vigilancia de un médico autorizado, para determinar si la salud física y bienestar de cada uno son satisfactorios. El tal examen físico incluirá la comprobación por el SIDA y el de enfermedades incluir venéreas, sífilis, herpes, y gonorrea.

SECCIÓN DOCE; en caso del embarazo no ha ocurrido dentro de un tiempo razonable en la opinión de Padre Natural, este Acuerdo terminará por el aviso escrito a la subrogada, en la residencia proporcionada al Custodio por la subrogada (de Custodio, como representante del Padre Natural).

SECCIÓN TRECE; la subrogada está de acuerdo que ella no abortará al niño concebido excepto una vez si, en la opinión médica profesional del médico inseminando, a tal acción es necesaria para la salud física de la subrogada o el niño ha sido determinado por el médico ser fisiológicamente anormal. La subrogada está de acuerdo más allá, a la demanda de tal médico, para sufrir amniocentesis o las pruebas similares para descubrir los defectos genéticos y congénitos. En el evento la tal prueba revela el feto es genéticamente o congénitamente anormal, la subrogada está de acuerdo en abortar el feto en la demanda de Padre Natural. La cuota pagada a la subrogada en esta circunstancia estará en el acuerdo a Sección Diez. Si el Substituto se niega a

abortar el feto en la demanda de obligaciones, Padre Natural, como declarado en este Acuerdo, cesará excepto acerca de las obligaciones de paternidad impuestas por el estatuto.

Padre Natural reconoce que algunas anomalías genéticas y congénitas no pueden descubrirse por amniocentesis u otras pruebas, y, por consiguiente, si demostrado ser el padre biológico, asume la responsabilidad legal por cualquier niño que puede poseer las anomalías genéticas o congénitas.

SECCIÓN CATORCE; La subrogada está de acuerdo en adherir a las instrucciones todo médicas, lo dado por el médico inseminando así como su obstetra independiente. La subrogada también está de acuerdo en no fumar los cigarros, bebidas alcohólicas, use las drogas ilegales, o tome regla o medicaciones del no prescritas sin el consentimiento escrito de su médico. La subrogada está de acuerdo en seguir un horario del examen médico prenatal: uno (1) visite por mes durante los primeros _____ (____) (Siete o como el mayo del Caso Sea) meses de embarazo, dos (2) visita (cada uno para ocurrir a los intervalos de la dos-semana) durante el _____ (____) y _____ (____) (Octavo y Noveno o como el mayo del Caso Sea) meses de embarazo.

SECCIÓN QUINCE; para firmar este Acuerdo, cada parte se ha dado la oportunidad de consultar a un abogado de su o su propia opción acerca de las condiciones y la importancia legal del acuerdo y el efecto tiene en cualquiera y todo los intereses de las partes de este Acuerdo.

SECCIÓN DIECISÉIS; que cada parte reconoce que él o ella han leído cuidadosamente y han entendido cada palabra en este Acuerdo, comprende su efecto legal, y está firmando este acuerdo libremente y voluntariamente. Ninguno de las partes tiene cualquier razón para creer que la otra parte o no entendieron las condiciones y efectos de este Acuerdo totalmente, o que las otras partes no hicieron libremente y voluntariamente este Acuerdo.

SECCIÓN DIECISIETE; En el evento cualquiera de los cláusulas de este Acuerdo se juzga para ser inválido o pueden desunirse, tal inválido o provisión del resto de este

Acuerdo y no causarán la invalidez o del recordatorio de este Acuerdo. Si a tal provisión se juzgará la deuda inválida a su alcance o anchura, entonces la tal provisión se juzgará válida a la magnitud del alcance o anchura permitida por la ley.

SECCIÓN DIECIOCHO; que Este Acuerdo se ejecutará en dos copias cada uno de los cuales se juzgarán un original. Una copia se dará a Padre y madre Natural, y el otro lacopia a la subrogada.

SECCIÓN DIECINUEVE; Este instrumento incluye el Acuerdo entero de las partes con respecto a la materia de paternidad del subrogada. Hay ninguna promesa, condiciones, u obligaciones de otra manera que aquellos contenidos en este Acuerdo, y este Acuerdo reemplazará las comunicaciones todas anteriores, representaciones, o acuerdos, verbal o escrito, entre las partes.

SECCIÓN VEINTE; que Este Acuerdo no puede modificarse excepto por acuerdo escrito firmado por todas las partes originales.

SECCIÓN VEINTIUNO; que Este Acuerdo se ha bosquejado, negoció, y ejecutó y se gobernará por la fuerza de acuerdo con, las leyes del Estado de

_____.

Firma del Padre Natural

Firma de la Madre subrogada

Firma del Marido subrogado