

GUIA INFORMATIVA PARA RECEPTORAS DE GAMETOS

La idea de esta guía surge con el objetivo de facilitar a las mujeres y/o parejas interesadas en la donación de gametos toda la información posible sobre los distintos procesos de este tratamiento.

Ha sido elaborada por un grupo de enfermeras con amplia experiencia en tratamientos de donación de gametos, simplificando las distintas fases del tratamiento que, así como las dudas que con más frecuencia nos plantean.

Explicaremos en qué consiste y de qué manera se procede a la selección de donantes, y la forma en la que se realiza la asignación de donante a cada receptora.

Esperamos que esta guía resulte una herramienta útil a la hora de emprender este camino hacia la tan esperada gestación en mujeres que de otra forma no podrían tener hijos, no sin olvidar que siempre estará a vuestra disposición el equipo médico que os atiende, dispuesto a resolver cualquier duda y a acompañaros en cada fase del tratamiento.

INDICE

1. ¿Cómo se realiza la selección de donantes de óvulos?

Sandra Gonzalez, FIV Madrid. Marina Lopez, IVI Madrid. David Bigotes, CEFIVA Oviedo.

2. ¿Cómo se realiza la selección del donante de esperma?

Nazaret Rivas, IVI Barcelona. Verónica Garrigós, IVI Barcelona

3. ¿Qué tratamiento tiene que seguir la receptora de óvulos?

Ade Gonzalez, Fiv Marbella. Laura Hervás, Clínica Victória.

4. ¿Cómo se realiza la asignación de donante – receptora?

Montse Izquierdo, IVI Barcelona. Alba Gonzalez, Clínica Sagrada Familia Barcelona.

5. Preguntas frecuentes

Rosa Ferrer, FIV Valencia. Marta Rodríguez, Ovoclinic Madrid

1. ¿Cómo se realiza la selección de donantes?

La selección de la donante es un proceso muy cuidadoso, debemos de asegurarnos que comprenden lo que significa la donación de óvulos, y estar seguros que no va a suponerles ningún problema de salud ni psicológico o moral en el futuro.

La ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción asistida, contempla que “las donantes deberán de tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia”. Así mismo la ley también nos dice que, con el objeto de evitar en la medida de lo posible, la aparición de malformaciones cromosómicas, las donantes de gametos femeninos no deberán tener más de 35 años de edad.

Para que una candidata se considere apta para el proceso de donación de ovocitos, tiene que cumplir unos requisitos y pasar unas pruebas y entrevistas antes de iniciar el proceso

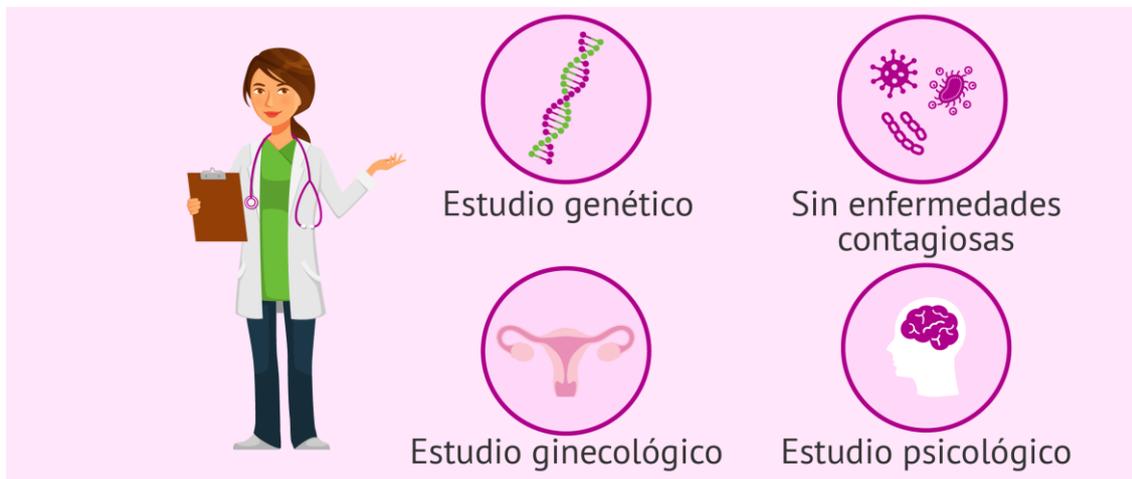


Entrevista personal

El personal sanitario del centro de reproducción explica de manera detallada en que consiste el proceso de donación de óvulos y realiza una serie de preguntas rutinarias para conocer los antecedentes médicos personales y familiares, hábitos de vida, etc. con el fin de poder conocer posibles enfermedades hereditarias o infecciosas que se pudieran transmitir a la descendencia y descartar factores de riesgo para el tratamiento.

Si la candidata decide seguir adelante se le entrega un Consentimiento informado que deben leer y devolver correctamente cumplimentado y firmado.

Pruebas médicas



Cuestionario y/o entrevista psicológica.

Rellenan un test psicológico y realizan una entrevista con personal cualificado de la clínica, el cual además de resolver posibles dudas de la donante también evalúa si es apta para realizar el tratamiento de donación

Revisión ginecológica

Se les realiza una ecografía vaginal en la cual se evalúa la reserva ovárica, así como posibles patologías que descarten a la donante. También se les puede realizar otras pruebas como citología, cultivos vaginales y revisión mamaria.

Analítica de sangre

Estas analíticas incluyen un preoperatorio completo, estudio de enfermedades infecciosas y pruebas genéticas, incluyendo un cariotipo para examinar todos sus cromosomas y un screening de mutaciones genéticas para las cuales pueden ser portadoras.

Una vez finalizado todo este proceso, y si están de acuerdo, comenzaremos con el proceso de donación de óvulos



2. ¿Cómo se realiza la selección de donante de esperma?

Al igual que para la donante de ovulos, el donante de semen tiene que pasar por un proceso de selección muy cuidadoso.

Los donantes de semen tienen que tener entre 18 y 35 años, estar con un buen estado de salud psicofísico y no tener antecedentes personales ni familiares de enfermedades importantes.

Las pruebas y entrevistas por las que pasa el donante de semen las describimos a continuación



Entrevista personal

Los donantes una vez que llegan a la clínica les realizamos una entrevista personal para conocer sus antecedentes personales y familiares, hábitos de vida, con el fin de conocer si el candidato tiene alguna enfermedad y/o condición que lo descarte como donante de semen.

Valoración psicológica

Rellenan un test psicológico y realizan una entrevista con personal cualificado de la clínica, el cual evalúa si es apto para realizar la donación.

Seminograma

El donante tiene que dejar una muestra de semen para evaluar su calidad seminal y según los criterios de laboratorio será apto o no para la donación

Prueba de descongelación

Si la muestra dejada en la primera visita es apta se vuelve a citar para dejar otra muestra y realizar prueba de descongelación, así comprobaremos la calidad y supervivencia de la muestra para el día de la donación. Si esta prueba es apta realizaremos las siguientes **analíticas:**

- Estudio de enfermedades infecciosas y pruebas genéticas, incluyendo un cariotipo para examinar todos sus cromosomas y un screening de mutaciones genéticas para las cuales pueden ser portadores.
- Cultivo de orina y de semen.

3.¿Qué tratamiento tiene que seguir la receptora de ovulos?

El tratamiento de la receptora de ovocitos, consiste principalmente en la preparación del endometrio. Es necesario realizar una correcta preparación con el objetivo de recibir al embrión y permitir la correcta implantación del mismo.

La preparación del endometrio, es clave en los tratamientos de reproducción y juega un papel fundamental en el proceso de gestación y el embarazo. Principalmente intervienen dos hormonas: Estrógenos y progesterona, y serán las responsables directas de generar un endometrio óptimo para transferir.

Cuando hablamos de preparación endometrial nos referimos al engrosamiento del endometrio. Existen muchas investigaciones centradas en descubrir cuál es el grosor óptimo para lograr la implantación. En la mayoría de casos se ha llegado a la conclusión que debería ser por encima de 7mm, mientras que un grosor por debajo de 6mm sería un mal indicativo, siempre individualizando cada tratamiento.

Es importante entender las fases por la que pasa el endometrio en un ciclo natural, en el que cada mes se prepara para un posible embarazo:

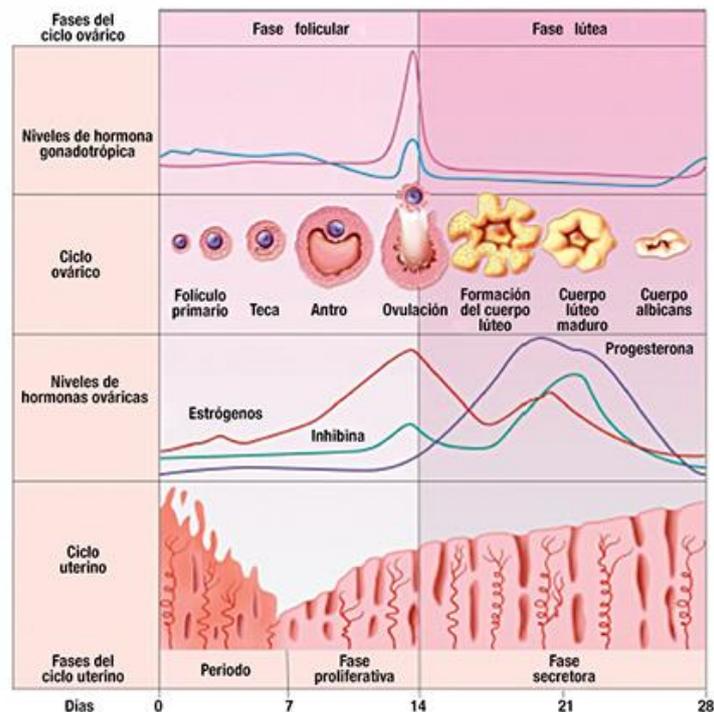
- **Fase de proliferación:** Empieza con el inicio del ciclo y dura hasta el día 14, que es cuándo se produce la ovulación. El endometrio aumenta gracias a los estrógenos que regulan el grosor.
- **Fase de secreción:** tras la fase de proliferación tiene lugar la fase de secreción, que durará hasta el final del ciclo. Las glándulas endometriales se multiplican y aumentan su tamaño debido a la hormona progesterona.

A su vez, es necesario que entendamos las fases por las que pasan los ovarios durante un ciclo natural, ya que están muy relacionados con el crecimiento y preparación del endometrio. Son tres:

- **Fase folicular:** Es la primera fase y comienza el primer día de la regla. Se denomina folicular porque en esta fase se desarrollan los folículos que en su interior contienen a los óvulos. El cuerpo envía una señal al cerebro para que empiece a producir FSH (Hormona foliculoestimulante), los folículos empiezan a desarrollarse y a producir estrógenos.

Generalmente un solo folículo se convierte en óvulo maduro.

- **Fase ovulatoria:** Una elevada concentración de estrógenos produce una disminución de secreción de FSH y un aumento de secreción de LH. El pico de secreción de LH es el responsable directo de la ovulación
- **Fase Luteínica:** A partir del momento de la ovulación, el folículo, ya sin ovocito en su interior, experimenta una serie de transformaciones gracias a la acción de la LH y pasa a denominarse cuerpo lúteo. Aunque también secreta estrógenos, el cuerpo lúteo produce principalmente progesterona.



Existen varias formas de preparar el endometrio antes de una transferencia de embriones, será el ginecólogo de reproducción asistida quien pueda indicarle cuál de ellos sería el más adecuado en su caso.

Fundamentalmente hay dos formas:

- PREPARACIÓN EN CICLO NATURAL

Consiste en transferir los embriones sin uso previo de medicación, aprovechando la ovulación espontánea de la paciente, aunque a veces se pueda provocar la misma con una inyección subcutánea de **coriogonadotropina alfa**.

Solo está indicado en paciente que no tienen problemas de ovulación, es decir, que presentan ciclos menstruales regulares.

En estos casos, la actividad ovárica es capaz de preparar al endometrio de forma natural mediante la generación de estrógenos, que harán que el endometrio aumente su espesor. A partir del momento de la ovulación, el Cuerpo Lúteo será el responsable de la producción de progesterona, necesaria para terminar de preparar al endometrio antes de la implantación.

En este tipo de preparación, es necesario realizar controles ecográficos periódicos y análisis hormonales a partir del día 10 del ciclo para controlar el momento de la ovulación. El mismo día de la ovulación se deben fecundar los óvulos de la donante, para realizar la transferencia generalmente 5 días después, en estadio de blastocisto.

Debido a la dificultad de sincronizar los ciclos entre donante y receptora sin la utilización de medicación, no suele ser la preparación endometrial de elección en tratamientos de Ovodonación. Sí que podemos usarla cuando realicemos una transferencia con ovocitos y/o embriones vitrificados.

- CICLO SUSTITUIDO

Consiste en la preparación del endometrio mediante la administración de estrógenos y progesterona. Se intenta reproducir la situación natural, pero optimizándola al máximo para aumentar las posibilidades de conseguir el embarazo.

Si la paciente tiene actividad ovárica puede ser necesario bloquear la liberación hormonal natural mediante *anticonceptivos orales (ACO)* o con **agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)** para evitar que interfiera en el tratamiento.

- ACO: Se inicia el primer día de la menstruación, salvo que lleve tomándolos varios meses.
- Agonista de la GnRH: Es una inyección intramuscular y se pone el día 21º del ciclo anterior.

Aproximadamente 3- 4 días después de tomar la última pastilla anticonceptiva, llegará la menstruación e iniciaremos la preparación del endometrio con estrógenos.

Alrededor del día 10 del ciclo realizaremos un control ecográfico para valorar la medida del endometrio y comprobar que no hay actividad ovárica. Cuando éste alcance un grosor de 7 a 9 mm aproximadamente y con morfología trilaminar, se considerará un endometrio óptimo para programar la transferencia embrionaria.

Si la receptora tiene asignados óvulos vitrificados de donante, se programará la desvitrificación aproximadamente en el día 14 del ciclo, y ese mismo día se iniciará la administración de progesterona.

Si, por el contrario, el ciclo de la donante y la receptora están sincronizados (habitualmente se realiza mediante el uso de anticonceptivos en el ciclo precedente), será el día de la punción folicular de la donante, cuándo debemos agregar la administración de progesterona.

De 3 a 5 días después de la fecundación de los óvulos y por lo tanto del inicio de administración de la progesterona, se programará la transferencia embrionaria.

Se continuará tanto con estrógenos como con progesterona hasta el día de la prueba de embarazo. Si todo va bien, se deberá mantener la medicación hasta la semana 12 de embarazo, ya que es en este momento cuándo la placenta empieza a producir estas hormonas de manera natural y deja de ser necesaria la administración exógena.

MEDICACIÓN EMPLEADA

- CICLO NATURAL:
 - Ninguna o **coriogonadotropina alfa** subcutánea.

- CICLO ARTIFICIAL
 - Anticonceptivos orales (ACO) o **agonistas** de la hormona liberadora de gonadotropina (**GnRH**) vía subcutánea.
 - Valerato de Estradiol o estradiol
 - Progesterona

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

Las principales vías de administración del tratamiento con estrógenos son la vía Oral y la vía Transdérmico (Parches)

Existen otras vías de administración de estrógenos, como la vía vaginal, de utilización mucho menos frecuente.

Con respecto a la progesterona, la vía de administración más utilizada es la vía vaginal, aunque también puede combinarse con inyecciones subcutáneas o intramusculares en algunos casos. Normalmente los óvulos de progesterona que se suelen utilizar en la preparación endometrial, permiten su utilización por vía oral o rectal, aunque la recomendación principal suele la vía vaginal.

4. ¿Cómo se realiza la asignación de donante – receptora?

Tal y como indica la Ley 14/2006, de 14 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida la elección del/la donante sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación y en ningún caso podrá seleccionarse personalmente el/la donante a petición de la receptora.



Especifica, además que *“el equipo médico correspondiente deberá procurar garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora.”*

Tradicionalmente y en virtud de la legislación vigente se ha tenido en cuenta a la hora de la asignación donante-receptora el fenotipo (conjunto de rasgos físicos de una persona que pueden ser observados a simple vista, tales como la raza, la tonalidad de la piel, la talla, complexión, color y textura del cabello, color de ojos) y por supuesto la compatibilidad del grupo sanguíneo y Rh

COMPATIBILIDAD DE GRUPOS SANGUÍNEOS

Tipo de Sangre		DONAR							
		0-	0+	B-	B+	A-	A+	AB-	AB+
RECIBIR	AB+	●	●	●	●	●	●	●	●
	AB-	●		●		●		●	
	A+	●	●			●	●		
	A-	●				●			
	B+	●	●	●	●				
	B-	●		●					
	0+	●	●						
	0-	●							

El Grupo 0- es el "Donante Universal", ya que puede donar sangre a cualquier persona.

El grupo AB+ puede recibir sangre de cualquier otro grupo, por lo que son "Destinatarios Universales".

En la actualidad existen otros criterios a tener en cuenta que buscan una asignación más precisa y personalizada. Estos no son de cumplimiento obligatorio, por lo que no todos los centros de reproducción asistida los utilizan, pero si son muy recomendables:

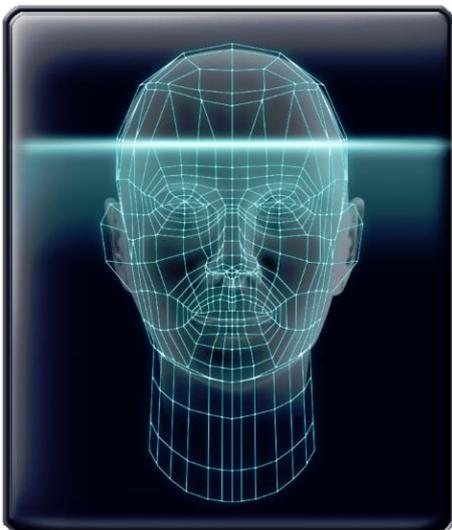
1. Biometría facial
2. Inmunología
3. Test de portadores de enfermedades hereditarias recesivas

Biometría facial

Buscando aumentar al máximo el parecido físico entre donante/receptora y tratando de hacerlo de la manera más objetiva posible está comenzándose a implantar la utilización del análisis de la biometría facial en el momento de la selección del/la donante.

Mediante avanzados algoritmos se **convierte una imagen facial en una fórmula matemática** donde se estudian más de 100 puntos y las distancias entre ellos para determinar el grado de parecido que tienen donante y receptora.

El resultado es un patrón biométrico facial que no cambia con la edad ni con el aumento o pérdida de peso del individuo.



Inmunología

En ocasiones, en pacientes con problemas en la gestación, como abortos o fallos de implantación recurrentes, se puede tener la sospecha de que estos problemas estén influenciados en cierta medida por alteraciones o patologías de origen inmunológico.

Las células fundamentales del sistema inmunológico son los linfocitos Natural Killer, o linfocitos NK, que, entre otras, tienen una función importante en el cambio necesario del tejido del endometrio para que el nuevo embrión se pueda implantar de manera adecuada. Las células NK tienen en su membrana unas proteínas denominadas KIR, de las que existen 3 grandes grupos genéticos: KIR AA, KIR AB y KIR BB.

De la misma forma, todos los seres humanos tenemos unos antígenos en nuestras células denominados HLA-C, divididos en 2 grupos: HLA C1 y HLA C2.

Para que se establezca de una forma correcta la tolerancia o aceptación materno-fetal, es necesario que las células inmunológicas del útero materno reconozcan de manera adecuada al embrión, que en casos de gestación con gametos propios se trataría únicamente de la parte paterna, pero en casos de donación de gametos tanto la parte materna (óvulos donados) como la paterna serían “extrañas” a nivel genético para las células uterinas de la madre gestante.

La unión de receptores KIR con antígenos HLA-C de un tipo u otro, puede favorecer o aumentar las probabilidades de aborto, fallo de implantación u otras complicaciones.

De ahí la importancia de clasificar los KIR y HLA-C tanto de ambas partes de la pareja receptora como de la donante de óvulos, que permitirá conocer las compatibilidades o no entre ellos y así poder elegir en cada caso la donante más adecuada por sus características inmunológicas.

Test de portadores de enfermedades hereditarias recesivas

Tiene como objetivo conocer si el/la paciente/donante estudiado/a es portador de alguna variante patogénica responsable de enfermedades hereditarias recesivas (conjunto de alteraciones genéticas poco frecuentes), que se producen sólo si el descendiente tiene dos copias mutadas del gen relacionado con la enfermedad.

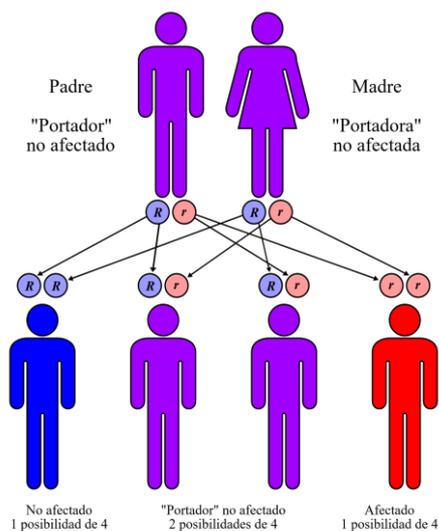
Se obtiene una muestra de sangre del/la paciente/donante y se estudia su ADN en el laboratorio mediante una técnica de diagnóstico genético que genera una gran cantidad de información.

Posteriormente, se cruza la información resultante de dicho test (matching genético) y se confirma que ambos no son portadores de la misma variante patogénica en los mismos genes (dentro de la variedad de patologías recesivas que puede detectar el estudio) en cuyo caso se determinaría compatibilidad genética entre ambos.

En el supuesto de que compartieran la misma mutación habría que cambiar de donante hasta encontrar uno/a compatible.

En la actualidad existen en el mercado numerosos test de portadores de enfermedades hereditarias recesivas que varían en número y tipo de mutaciones analizadas lo que muchas veces imposibilita un correcto matching genético si no se ha realizado el mismo test.

Por último, cabe mencionar que el análisis de dichas enfermedades no descarta totalmente el nacimiento de un niño con alguna alteración genética de las enfermedades estudiadas, pero reduce significativamente la probabilidad.



5.Preguntas frecuentes

Hemos considerado oportuno realizar un pequeño apartado sobre las preguntas más frecuentes que puede tener una paciente receptora de gametos.

- ¿Se parecerá a mí?

En la historia clínica se recogen las características físicas como estatura, peso, IMC, color de piel, color de ojos, color y textura de pelo, raza, grupo sanguíneo... el centro seleccionará aquella donante de óvulos que posea las máximas similitudes con la receptora.

Características importantes de cada persona como es la manera de hablar, de expresarse, gestos o simplemente la forma de caminar se aprenden en muchísimas ocasiones por imitación que hacen que los hijos adopten los mismos patrones que sus padres.

- ¿No llevara mis genes?

En la actualidad se sabe que hay factores ambientales que regulan la expresión de los genes, aunque no modifiquen la secuencia de ADN, es lo que se conoce como **epigenética**. Si el mismo embrión se desarrollara en distintos úteros tendríamos individuos muy parecidos, pero no idénticos.

- ¿Sentiré rechazo ante el recién nacido?

Es importante que la mujer y/o pareja receptora lleguen al tratamiento de donación de gametos convencidos del proceso. Para ello es muy importante contar con toda la información sobre el mismo y confiar en su terapeuta y en el centro. La mayoría de las clínicas de reproducción asistida cuentan con psicólogos especialistas en temas reproductivos que nos pueden ayudar a tomar una decisión y que nos acompañaran durante el proceso sirviéndonos de apoyo y soporte durante el mismo.

- ¿Estoy exenta de diagnóstico prenatal?

Se deben realizar las pruebas de screening habituales. El cálculo del riesgo que se realiza en el cribado del primer trimestre se realizará a partir de la edad del óvulo, lo que justo con la ecografía y los marcadores sanguíneos nos darán el riesgo real de trisomía.

- ¿Qué nivel de estudios tienen los donantes?

Hay donantes con estudios básicos, medios y también con estudios universitarios. Todos los donantes son sometidos a un estudio psicológico que garantiza su madurez para entender en profundidad el proceso y someterse al mismo.

- ¿Qué estilo de vida tienen?

Deben tener un buen estado físico y mental. Aquellos donantes con hábitos tóxicos o de riesgo serán descartadas. Son personas normales con estilos de vida propios de su edad, donde aparecen la lectura, los viajes, salir con amigos, el deporte...

- ¿Las mujeres se lucran con la donación de óvulos?

Se excluyen del programa de donación aquellas personas que lo hagan para lucrarse de ello, es un acto altruista, tal y como refleja la ley. De hecho, la compensación que reciben es para los desplazamientos, esperas o molestias que pueda originar el propio proceso de donación.

- ¿Los donantes tienen alguna información sobre la receptora y viceversa?

La ley garantiza el anonimato del proceso en ambas direcciones. Los donantes no tendrán ninguna información sobre la mujer receptora y viceversa.

Desde el centro de reproducción asistida solo se facilitarán a la mujer receptora aquellos datos de los donantes que tengan relevancia clínica como la edad en el momento de la donación o el grupo sanguíneo.

- ¿Las donantes de óvulos son mujeres fértiles?

Que la mujer tenga fertilidad probada no es un requisito para poder ser donante de óvulos. Son mujeres jóvenes, sanas y con buena reserva ovárica, así que los óvulos resultantes del tratamiento tienen toda la potencialidad para conseguir embarazo.

- ¿Qué número de óvulos se le donan a la receptora?

No hay un consenso del número de óvulos que debe percibir la pareja para conseguir embarazo, así que el número de óvulos donados dependerá de cada centro de reproducción asistida. La tendencia actual y lo más sensato es limitar el número de óvulos donados adecuándolo a cada caso. En este sentido debemos tener en cuenta que si se genera un número elevado de embriones viables a partir de los óvulos donados deberán ser criopreservados y la pareja receptora deberá tener claro el destino que

quiere darle a estos embriones dentro de los que contempla la ley y que deberá hacerse cargo del mantenimiento de los mismos.

- ¿Aumentan las probabilidades de éxito con el cambio de gameto?

El tratamiento de fecundación de óvulos tiene sus indicaciones tal y como hemos expuesto en esta guía. En los datos publicados por el registro de la Sociedad Española de Fertilidad el tratamiento de fecundación in vitro con óvulos donados es el que tiene una mayor tasa de embarazo.

Las tasas de gestación publicadas en el Registro Nacional de Actividad 2016-RegistroSEF son las siguientes:

Porcentaje estimado acumulado de gestaciones (*) en ciclos de ovocitos propios tras transferencias frescas y criopreservadas.

Porcentaje de gestaciones / ciclos				
	< 35 años	35-39 años	≥ 40 años	Total
Transferencia fresca sola	26,8%	22,0%	11,0%	20,4%
Transferencia fresca + criopreservada (estimada)	47,4%	35,1%	18,3%	33,8%

Porcentaje estimado acumulado de gestaciones (*) en ciclos de ovocitos de donante tras transferencias frescas y criopreservadas.

Porcentaje de gestaciones / ciclos				
	< 35 años	35-39 años	≥ 40 años	Total
Transferencia fresca sola	41,7%	45,3%	41,9%	42,5%
Transferencia fresca + criopreservada (estimada)	74,1%	76,4%	72,5%	73,2%

- Si deseo un segundo embarazo, ¿podré hacerlo con los mismos donantes?

La ley limita a seis el número de recién nacidos en el territorio nacional por donante, esta cifra incluye los hijos propios, así que si se ha alcanzado este número no se podrán realizar más donaciones.

Por otro lado, la donación de óvulos es un proceso voluntario y puede ser que la donante de óvulos no quiera someterse a un nuevo tratamiento y que no haya óvulos disponibles para la donación en nuestro centro.

- ¿Existe alguna diferencia en la tasa de embarazo con óvulos frescos vs vitrificados?

La técnica de vitrificación de óvulos es ya rutinaria y las tasas de embarazo en fecundación in vitro con óvulos donados en fresco vs óvulos vitrificados son similares. Realizar el tratamiento con óvulos vitrificados permite a la receptora realizar el tratamiento de preparación endometrial en cualquier momento sin la necesidad de simultanear ambos ciclos, el de la mujer receptora y el de la mujer donante.

- ¿Qué es SIRHA?

Es el Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida, es una plataforma informática que alberga el Registro Nacional de Donantes de gametos y preembriones, el Registro Nacional de centros y servicios de reproducción humana asistida y el registro nacional de la actividad y resultado. Por tanto, con el desarrollo de la plataforma SIRHA se da cumplimiento a la legislación en cuanto a que la asignación del número único de donación será establecida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de forma centralizada a escala nacional.

Además, la plataforma genera el código único europeo o SEC, que permitirá identificar de forma única e inequívoca las células reproductoras obtenidas, procesada y distribuidas, y dará soporte a la trazabilidad de las células reproductoras que han sido aplicadas en seres humanos desde el donante hasta la receptora y viceversa.

