



PULSACIONES

RETO A LA INFERTILIDAD

REDACCIÓN

Entre un diez y un quince por ciento de las parejas en edad reproductiva no pueden tener hijos. El factor masculino es responsable en el 33% de los casos, el factor femenino lo es en un 25% y la causa es compartida en el 20% de los casos. Es decir, en más del 50% de los casos el varón presenta alteraciones como causa fundamental o compartida de la infertilidad de la pareja. Estas cifras justifican sobradamente el esfuerzo que se está realizando para conocer e intentar solucionar el problema de la esterilidad masculina y de la pareja.

La Unidad de Reproducción de la Clínica Vistahermosa constituye una alternativa a los escasos centros dedicados a la infertilidad en España.

Un paso previo a cualquier tratamiento de infertilidad lo constituye el estudio del varón infértil. Según explica Juan José Lobato, responsable del Área de Andrología de la clínica, este estudio debe realizarse «en paralelo», valorando el factor femenino el ginecólogo y el masculino el andrólogo. Una vez realizada la valoración clínica de todos los factores que pueden estar alterados en ambos miembros de la pareja, «debe plantearse la mejor alternativa terapéutica para conseguir la gestación». En este proceso, asegura el doctor Lobato, pueden intervenir distintos tipos de especialistas que participan en un contexto multidisciplinar que coordina o bien el Ginecólogo o bien el Urólogo especializados en reproducción humana.

A la hora de diagnosticar la esterilidad masculina, explica Juan José Lobato no es suficiente con realizar la prueba de semen. «La espermatogénesis, el transporte de espermatozoides por el tracto genital y la fertilización pueden verse alterados por distintos factores». Los parámetros seminales pueden variar ampliamente en distintas muestras de un mismo individuo, «incluso en sémenes normales», por lo que la esterilidad no debe diagnosticarse basándose en un análisis de semen, aunque, afirma, «sea la prueba principal del estudio de la esterilidad masculina».

En este sentido, la doctora Ana Segura, andrólogo clínico del equipo de la Clínica Vistahermosa asegura que las exploraciones complementarias que se pueden realizar dependen de los hallazgos de la historia clínica y del semiograma. «Con un interrogatorio detallado y una buena exploración física, podemos descartar otros procesos que pueden alterar la calidad del semen como el varicoceles, alteraciones del tamaño



La Clínica Vistahermosa cuenta con una unidad de Reproducción

TOÑI CARTAGENA

EN CONSTANTE ACTIVIDAD

REDACCIÓN

Además de la faceta asistencial, en la Unidad de Reproducción de la Clínica Vistahermosa «estamos desarrollando una actividad investigadora y docente, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández», explica el doctor Lloret Fernández.

Precisamente en esta línea, en la actualidad, se está impartiendo un curso de postgrado para la obtención del título de Especialista Universitario en Biología de la Reproducción, bajo el patrocinio de ASISA. Según explica el doctor

testicular o alteraciones endocrinas de base, alteraciones genéticas o signos que requieren obstrucciones o malformaciones de la vía seminal». En función de lo que se sospecha, continúa la doc-

Lloret «es la primera vez que se hace un curso de estas características en una entidad de titularidad privada en el ámbito de la Comunidad Valenciana».

En el mismo participan alumnos de toda España y dentro del programa del curso «tendrán lugar una serie de conferencias dictadas por eminentes profesionales del reconocida competencia nacional e internacional a las que podrán asistir libremente todas las personas interesadas». En dicho programa figuran estos nombres y temas «de indudable interés»: 15

de febrero, Antonio González Utor «Congelación de embriones y ovocitos»; 22 de febrero, José Luis Balleca Lagarda «La aventura del espermatozoide hasta la fecundación»; 6 de marzo, Ana Veiga «Diagnóstico preimplantacional»; 22 de marzo, F. González Gómez «Implicaciones de la Genética en la Reproducción Asistida»; 17 de mayo, Dr. Bernat Soria «Posibilidades terapéuticas del uso de células madre» y 31 de mayo, Dra. Pedro Barri «Valoración crítica de las Técnicas de Reproducción Asistida».

de febrero, Antonio González Utor «Congelación de embriones y ovocitos»; 22 de febrero, José Luis Balleca Lagarda «La aventura del espermatozoide hasta la fecundación»; 6 de marzo, Ana Veiga «Diagnóstico preimplantacional»; 22 de marzo, F. González Gómez «Implicaciones de la Genética en la Reproducción Asistida»; 17 de mayo, Dr. Bernat Soria «Posibilidades terapéuticas del uso de células madre» y 31 de mayo, Dra. Pedro Barri «Valoración crítica de las Técnicas de Reproducción Asistida».

del semen no basta para indicar una técnica de reproducción asistida, esta puede ser una actitud perjudicial, ya que la existencia de una patología de base no tratada puede inferir en el éxito de la técnica, obteniéndose una menor tasa de gestaciones».

En cuanto a la edad a la que se suele hacer el primer ciclo de FIV, el doctor López Gálvez, ginecólogo de la Clínica Vistahermosa asegura que en esta técnica la edad juega un papel secundario. «Podemos indicar un ciclo a una mujer de 22 años por factor tubárico o masculino severo y, sin embargo, otra paciente puede iniciar el tratamiento a los 40 años por factor desconocido». Es cierto, matiza, que los resultados «empeoran con

la edad y de forma más evidente por encima de los 40 años».

CUIDADOS EN EL EMBARAZO

REDACCIÓN

Respecto a los cuidados que debe seguir una mujer que ha quedado embarazada mediante FIV, el doctor Lloret Fernández, ginecólogo de la Clínica Vistahermosa, asegura que en este tipo de tratamientos la tasa de embarazo múltiple está aumentada y en consecuencia «éstos sí son embarazos de riesgo, con unas consecuencias especiales de control y seguimiento».

Si se trata de un embarazo único, «que es lo más habitual», los controles son muy similares a los obtenidos de forma natural; tan sólo en el primer trimestre, añade el doctor Lloret, «está aumentada la posibilidad de aborto y se deben seguir unas medidas de soporte lúteo, entre otras, para evitar este problema». Las tasas de anomalías congénitas también son superponibles, aunque en algunos casos de factor masculino, en los que hay que utilizar el ICSI (microinyección intracitoplasmática) es importante, a su juicio, realizar estudio previo al varón y estudio prenatal.

ESTE PROBLEMA AFECTA A ENTRE UN 10 Y UN 15% DE PAREJAS EN EDAD REPRODUCTIVA

Los riesgos relacionados con la edad en este tipo de tratamiento «derivan de la excesiva respuesta del ovario en la fase de estimulación ovárica controlada. La tendencia en general es: a mayor edad, menor respuesta y viceversa. Pero no siempre ocurre así; además se utilizan distintos protocolos de estimulación según la edad, para amortiguar este impacto». En este tratamiento, la cifra de intentos oscila entre tres y cinco ciclos, y el porcentaje de embarazo ronda el 30%. Es conveniente dejar un periodo de reposo «de tres meses», para que el microambiente hormonal ovárico vuelva a su situación basal.

LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN DE LA CLÍNICA VISTAHERMOSA DESARROLLA DIFERENTES TÉCNICAS CONTRA LA ESTERILIDAD