

### ¿REPRODUCCIÓN ASISTIDA O MEDICINA REPRODUCTIVA? ¿ACTIVIDAD, PROGRAMA O ESPECIALIDAD?

En realidad, hace unos pocos años, años que caben en la vida profesional de un individuo, corrió por el mundo, científico y no, la noticia del nacimiento del primer ser humano fruto de la fecundación *in vitro*.

Aunque es cierto que mucho antes se practicaban inseminaciones como tratamiento de la esterilidad, probablemente por la sencillez de las mismas, en aquel momento nació una nueva disciplina: la reproducción asistida.

El nacimiento de la reproducción asistida se produjo en el seno de la ginecología. Tradicionalmente, la atención a la esterilidad se ha desarrollado siempre en el ámbito de la ginecología, probablemente porque quien gesta es la mujer, probablemente porque, a lo largo de la historia, siempre se había responsabilizado a la mujer de la incapacidad para concebir o quizás porque la andrología siempre ha dirigido su atención, también con éxito, a otro tipo de problemas.

El desarrollo de la reproducción asistida motivó distintos fenómenos específicos en el ámbito sanitario, entre ellos la promulgación de leyes y decretos específicos para su regulación, la creación de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y el desarrollo de unidades de reproducción en el ámbito hospitalario público y de centros de reproducción privados. El decreto 413/1996 fue promulgado para fijar las dotaciones básicas, humanas y materiales, de los centros y unidades de reproducción asistida, que debían ser especialmente autorizados por las autoridades sanitarias para poder iniciar su actividad.

Todo ello parece muy razonable, teniendo en cuenta que se iban a desarrollar tareas muy especiales y especialmente sensibles puesto que, inicialmente, se trataba de técnicas prácticamente experimentales, que requieren un estricto control del trabajo tanto en la clínica como en el laboratorio y con las que existía el temor de dar lugar al nacimiento de niños y niñas afectados de alteraciones congénitas. Sin olvidar los riesgos físicos -que todavía no están totalmente resueltos- y la presión psicológica que debían sufrir las parejas en tratamiento. También porque necesariamente tenía que tratarse de unidades multidisciplinarias en las que debían trabajar, codo con codo, cuando menos médicos, biólogos (u otros graduados superiores con titulaciones biomédicas) y enfermeras que requerían una formación especial.

Por lo que respecta a los médicos, cabe señalar que a los ginecólogos, responsables directos (por Ley, el director del centro o la unidad necesariamente tiene que ser especialista en Obstetricia y Ginecología) les faltaba (y les sigue faltando) formación andrológica, que en la formación de los biólogos no existe formación específica en reproducción, que tampoco las enfermeras reciben la formación necesaria para trabajar en laboratorios y consultas altamente especializados y que se "olvidó" dotar de psicólogos a las unidades de reproducción asistida hospitalarias, lo que no ocurre en muchos de los centros privados.

Aquel embrión, la reproducción asistida, se ha desarrollado de forma extraordinaria y todavía no se le adivina el final de su desarrollo. En ocasiones, su desarrollo obliga al especialista especializado a adquirir conocimientos de otras disciplinas, como ha ocurrido cuando se ha difundido el diagnóstico genético preimplantatorio (DGP). Obviamente, cuando un centro de reproducción asistida

ofrece, entre sus prestaciones, el DGP lo mejor que puede hacer es incorporar a un genetista clínico entre sus profesionales pero eso no impide que el ginecólogo, al menos el ginecólogo responsable, adquiera conocimientos de genética para poder discutir las opciones ante los distintos casos y dirigir con acierto el rumbo de las actividades. Porque, al final, el ginecólogo es, hoy por hoy (y quizás por mucho tiempo, me temo), el último responsable y quien se sienta frente a las parejas para justificar las intervenciones y el resultado de las mismas.

Perono es mi intención, hoy, discutir a propósito del DGP. Era sólo un ejemplo.

Hoy mi pensamiento se dirige hacia la criobiología, la sociedad y el cáncer.

La criobiología ha conocido el importante avance de la vitrificación que permite, a través de la vitrificación de embriones y ovocitos, ofrece excelentes oportunidades y, según se publica, excelentes resultados. Es cierto que los puristas dirán que faltan estudios prospectivos y randomizados y que los desconfiados y algunos que no saben o pueden dirán que los fracasos no se publican. Pero estas apreciaciones ni le quitan ni le ponen a la avalancha de publicaciones que, desde hace algún tiempo, vienen apareciendo en revistas muy serias sobre gestaciones evolutivas y nacidos sanos después de la transferencia de embriones previamente vitrificados y después de la fecundación in vitro de ovocitos previamente vitrificados. Incluso después de la transferencia de embriones previamente vitrificados, obtenidos mediante la fecundación de ovocitos que, a su vez, había sido previamente vitrificados.

Recientemente, ha sido publicado que 200 nacidos de 165 gestaciones, obtenidas mediante la transferencia de embriones generados mediante la fecundación de ovocitos previamente vitrificados y desvitrificados, están libres de alteraciones congénitas, al menos de las diagnosticables en los recién nacidos.

Por su parte, esta sociedad está conociendo distintos fenómenos:

- \* La búsqueda del primer embarazo se inicia tardíamente, en la cuarta década de la vida y ello hace posible que un mayor porcentaje de mujeres nuligestas pretendan gestar después de haber padecido enfermedades cuyo tratamiento ha comprometido la función ovárica en mayor o menor grado y, en ocasiones, ha causado una esterilidad por destrucción de la reserva ovárica (además de un hipogonadismo hipergonadotropo).
  - \* Esta situación se agrava para mujeres que, habiendo gestado y parido, buscan en la quinta década de su vida un nuevo hijo, que será el primero con su nueva pareja
  - \* Afortunadamente, el desarrollo de la oncología permite que, cada vez con más frecuencia, después de un diagnóstico de cáncer en la mujer, la supervivencia sea más prolongada y permita una mejor calidad de vida. La consecuencia es que, cada vez con más frecuencia, mujeres que han sobrevivido a un cáncer se planteen el deseo de ser madres.
- Las opciones reales de estas mujeres son variadas:
- \* Si tienen una pareja que lo asuma, el tratamiento oncológico puede demorarse lo suficiente y no existen contraindicaciones médicas, la mujer puede ser estimulada y los ovocitos obtenidos fecundados in vitro, para procederse a la criopreservación de los embriones obtenidos (criopreservación lenta o vitrificación). Esto incluye a los posibles ovocitos inmaduros obtenidos, una vez madurados in vitro. Esta es, obviamente, la primera opción.
  - \* Si no existe la pareja que lo asuma, en las mismas condiciones, pueden ser obtenidos ovocitos, para ser vitrificados, en espera de que la mujer desee la gestación. En ese momento, los ovocitos pueden ser desvitrificados y fecundados con semen de la pareja o con semen procedente de un banco, si la mujer así lo desea. Esta sería la segunda opción
  - \* Si no son posibles las opciones anteriores, puede obtenerse mediante una la-

paroscopia, que puede realizarse en 48 - 72 horas, y obtenerse corteza ovárica, que puede ser criopreservada para ser, un día, autotrasplantada. Son pocas las gestaciones que se han derivado de estos procedimientos pero, actualmente, no deja de ser un opción y, por supuesto, la técnica mejorará con el tiempo porque, casi sin duda, llegará a mitigarse la importante destrucción folicular que tiene lugar después del autotrasplante.

Además, en el mismo acto de obtención de la corteza ovárica pueden ser directamente obtenidos ovocitos en distinta situación madurativa que, madurados in vitro, pueden ser vitrificados en espera de destino reproductivo.

Las opciones planteadas no son excluyentes y distintas combinaciones pueden ser practicadas ante un caso determinado.

Además, en estos casos, existe la posibilidad de que la tan discutida administración de un inhibidor de la secreción gonadotropa, agonista o antagonista de GnRH, pueda ser administrado con el fin de paliar el efecto gonadotóxico de los tratamientos oncológicos.

Esta opción tampoco es excluyente y puede o debe asociarse a cualquiera de las anteriores.

De cualquier forma, existe consenso en que, ante una mujer susceptible de desear preservar su fertilidad a la que se ha diagnosticado un cáncer cuyo tratamiento puede ser gonadotóxico y afectar a su fertilidad posterior, es necesario (por parte del oncólogo):

- \* Darle una información veraz y completa sobre los posibles efectos del tratamiento
- \* Darle una información veraz y completa sobre las posibilidades existentes para la preservación de su fertilidad en los distintos ámbitos: público o privado, local o nacional.
- \* En su caso, ponerla en contacto, con la celeridad debida, con una unidad de reproducción autorizada para la práctica de las distintas técnicas que se requieren para la preservación de su fertilidad.

Todas estas reflexiones me han hecho pensar que, consecuentemente con los principios de justicia y equidad, la administración sanitaria y quienes dirigen la formación de especialistas debían plantearse con seriedad y rigor si no ha llegado el momento de estructurar planes serios de formación para ginecólogos, “andrólogos” (que no existen) y licenciados en ciencias biológicas que permitan prestar toda la atención que la reproducción humana merece.

Quizás debería pensarse en una formación específica para el ginecólogo reproductólogo, que nada tiene que ver con la obstetricia ni con otras ramas de la ginecología.

Quizás debería pensarse en una especialidad de reproducción (¿de criobiología?) para los licenciados en ciencias biológicas.

Quizás la administración debería censar debidamente los centros (públicos y privados) y difundir esta información con el fin de que las pacientes puedan ser debidamente informados: en ocasiones ocurre que, en un barrio distinto al de un centro que desarrolla estas técnicas, quizás incluso en el propio centro, se desconoce esta posibilidad y no se informa adecuadamente a las pacientes.

Todo ello porque la reproducción es la función biológica que permite la supervivencia de la especie y el mantenimiento de las características de la misma.

Todo ello porque esterilidad e infertilidad afectan a millones de personas.

Todo ello porque, a río revuelto, ganancia de pescadores.

**Alberto Romeu**