

¿Por qué algo tan fácil, a veces resulta ser tan difícil?

La naturaleza es protectora, a ultranza, para que la especie se perpetúe. Son casi perfectos los mecanismos biológicos de los que dispone, pero existen pequeños fallos de los que derivan grandes frustraciones para un 15% de personas que bien en pareja o solas, desean tener un hijo y realizarse como madres y padres, a lo que tienen derecho.

Nosotros, expertos en Reproducción Humana ASISTIDA, debemos de dar respuesta al problema y esto nos exige imitar a la naturaleza, potenciarla cuando podemos y descubrir el pequeño fallo a corregir, para que el proceso se realice de forma correcta y tenga éxito.

¿CUÁNTO DEBEMOS DE ESPERAR PARA IR A UN CENTRO ESPECIALIZADO?

Si tienes menos de 30 años, un año con relaciones sexuales, en periodos fértiles. Si tienes más de 30 años, no esperéis más de seis meses para consultar.

El estudio dura aproximadamente mes y medio, ya que algunas pruebas exigen ser hechas en un determinado momento del ciclo. Las estimulaciones e hiperestimulaciones de 11-15 días en ciclo corto, más tiempo si es ciclo largo y a veces menos si se trata de un flare up. A los 3-5 días se realiza la transferencia de los embriones y pasados 15, el análisis de la Beta HCG sérica, si es positiva se tratará de un embarazo biológico, a confirmar 15 días después mediante ecografía de HD y si aparece vesícula gestacional concluiremos en que estamos ante un embarazo clínico que requerirá un control normal hasta el final de la gestación.

¿CUALES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE NO PUEDO TENER HIJOS?

- Un DIAGNÓSTICO CORRECTO, a pesar de un factor importante, tubo-peritoneal (30%), ovárico (15-25%), masculino (35%), este no debe obviar otras causas, no por pequeñas, menos importantes, que pueden afectar a vuestro/ nuestro caso.
- Imprescindible es que el EQUIPO Y LA FAMILIA (pareja o monoparental) formen un binomio de mutua confianza e interactúen, adoptando cada uno su rol.
- Estimulación o hiperestimulación ováricas con el PROTOCOLO ADECUADO a cada caso.
- Un LABORATORIO DE BIO-EMBRIOLOGÍA que evolucione, adecuándose a las nuevas técnicas de mejoras contrastadas.
- TRANSFERENCIA con técnica a-traumática y buenos embriones.

Concluimos en que el tratamiento tiene que ser personal e individualizado.

¿ES CIERTO QUE A VECES NO SE LLEGA A SABER LA CAUSA?

Menos del 5% de la ESTERILIDAD es de CAUSA DESCONOCIDA. A veces esto ocurre y hay mujeres que gestan pero el embarazo no llega a término y entonces tienen que entrar en un protocolo actualizado de aborto habitual. Ser infértil, no excluye ser abortadora habitual (dos abortos seguidos o cuatro alternos en gestaciones obtenidas por medios naturales o por FIV).

¿SOLUCIONES TÉCNICAS QUE ESTÁN A NUESTRO ALCANCE?



Todas. En algunas se precisa la colaboración de un Centro externo para pruebas muy específicas.

Realizamos a modo de ejemplo: IAC, IAD, FIV-ICSI-TE, OVODONACIÓN, EMBRIODONACIÓN, TRANSFERENCIAS POST-VITRIFICACIÓN O POST-CONGELACIÓN, TESA y otras. ¿CUÁNTOS CICLOS DE UNA TÉCNICA DETERMINADA SON NECESARIOS?

Aquellos que no se consiga con tres o cuatro intentos de una técnica adecuada, no suele conseguirse fácilmente reintentándolo, aunque es cierto que la suerte o las casualidades, aunque excepcionales, se dan pero no es lo habitual.

¿Y SI TENGO LAS TROMPAS OBSTRUIDAS O CON ADHERENCIAS Y NO NOS HEMOS DADO CUENTA, QUÉ NOS ESPERA?

El estudio de las trompas es esencial en el protocolo de estudio y hasta que no descartemos este factor importante no deberíamos iniciar ningún tratamiento. Si no es así habréis perdido tiempo en hacer inseminaciones con semen propio (IAC) o de donante (IAD), con la frustración correspondiente por el fracaso de estas técnicas y cuando llegáis a FIV-ICSI-TE o algo más complejo lo hacéis más tarde o con mucha desconfianza.

¿POR QUÉ HACEN PERSONALMENTE LAS HSG (histerosalpingografías)?

Porque éstas y las histerosonografías son exploraciones dinámicas y no vale la estática de las imágenes. Influye tanto el arte y conocimientos del explorador, como la interpretación de las imágenes obtenidas en los momentos oportunos. No es suficiente decir "trompas permeables", es necesario valorar ectopias, divertículos, alteraciones en los pliegues, cadencia en la salida, su destino y la difusión peritoneal del contraste. Para ello, en la propia técnica incluimos maniobras que nos permiten este tipo de hallazgos.

Con la experiencia de muchos años he-

mos llegado a obviar en el protocolo de estudio, el hacer laparoscopia complementada por cromoperturbación con azul de metileno o índico carmín, a la hora de valorar si existen o no adherencias peritubáricas.

¿QUIENES INTERVIENEN EN NUESTRO TRATAMIENTO?

• Nuestro Equipo lo hace todo (incluso el tratamiento microquirúrgico de malformaciones uterinas, ováricas y tubáricas).

• El Laboratorio de Bio-embriología, hace el resto y somos nosotros los que transferimos los embriones.

• A veces es necesaria la colaboración de un Andrólogo para casos especiales en que la toma de espermatozoides se hace del propio testículo. Señalar, no obstante, que de un estudio seminal correcto se pueden sacar muchas conclusiones válidas y si añadimos estudio de la fragmentación del ADN de la cabeza del espermatozoide (HALOSPERM), patentado por nosotros, obtendremos más datos.

¿EN QUE SE BASA LA MEDICINA REPRODUCTIVA QUE PRACTICAN?

Se basa en nuestro aprendizaje en Centros adecuados, durante periodos largos de tiempo. En la experiencia que nos proporciona el trabajo de grupos de probada experiencia científica. En nuestra propia experiencia de 30 y 20 años respectivamente y en nuestros propios trabajos de investigación porque hemos combinado la labor asistencial con la investigadora.

¿DIFERENCIAS DE PORCENTAJE ENTRE LA NATURALEZA Y LA MEDICINA REPRODUCTIVA?

Una pareja sana tiene un 30% de posibilidades de gestar en cada ciclo y el 80% de las parejas lo consiguen en el primer año.

En Reproducción Asistida las posibilidades de gestar por ciclo realizado son: en IAC (13-15%), en IAD (15-20%), en FIV-ICSI-TESA (35-45%), en OVODO-

NACIÓN (40-45%) y en EMBRIODONACIÓN (45-50%).

Me estoy refiriendo a cifras, de nuestra casuística, presentadas anualmente a la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

¿Y SI POR NOSOTROS/AS MISMOS/AS NO PUDIÉRAMOS TENER HIJOS?

Se puede recurrir a la OVODONACIÓN (los óvulos proceden de una donante anónima y tú solo tienes que ser preparada con unas pastillas para recibir los embriones obtenidos con el semen de tu pareja. Si el semen también es de donante anónimo, se tratará de una EMBRIODONACIÓN.

Cuántos de nosotros conocemos PADRES ADOPTIVOS con unos hijos perfectamente integrados en la familia y a veces parejas o personas, que teniendo hijos naturales tienen otros adoptados. Esto invita a una reflexión ¿Es que nuestros genes son mejores que otros? A veces sí y otras no, como se demuestra en la práctica.

De todas formas el instinto de supervivencia natural de la especie impulsa por factores emocionales y sociales, de forma consciente e inconsciente a la Reproducción.

Y qué decir de lo que pasa con los genes en OVODONES y EMBRIODONES ¿Es que se modifican, se transforman los genes? ¿Qué influencia tiene el que estén 9 meses en un seno materno con otro genoma? --- Algún día nos responderemos a estas cuestiones.

CONCLUSIÓN:

El tipo de familia ha cambiado mucho como podemos observar en la vida diaria, la sociedad, muchas veces, va por delante de las Leyes y obliga al Legislador a adaptarse a la cruda realidad.

En España, y en Galicia, en particular, parece que lo que viene de fuera es mejor y eso es un mito ya que los resultados son muy tercos y han demostrado que en nuestra Comunidad se hacen las cosas bien y existen Profesionales capacitados, aunque estemos en el rincón noroeste de España.

Sólo deciros dos cosas muy importantes:

NO ES NECESARIO IRSE FUERA DEL LUGAR DE RESIDENCIA PARA GESTAR.

NO RETRASÉIS LA MATERNIDAD DENTRO DE LO POSIBLE.



DR. VILAR

Diplomado en Infertilidad por los Hospitales Universitarios de Zurich, Berna, Basilea, y Cantonal de Glarus (Suiza). Münster, Heidelberg y Freiburg (Alemania).

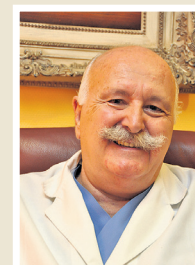
Ex - Docente de la Clínica Universitaria de Enfermería de Basilea (Suiza).

Ex - Médico del Centro de Reproducción Humana de Ginebase, Hospital Santa Teresa, A Coruña.

Ex - Médico de Zygos, Centro Gallego de Reproducción, Santiago de Compostela.

Ex - Jefe Clínico del Área de Reproducción Humana de Argora-Unidad de la Mujer, A Coruña.

En la actualidad es el Director del ÁREA DE REPRODUCCIÓN HUMANA de la Clínica Segrelles, A Coruña.



DR. SEGRELLES

Diplomado en Infertilidad por el Hospital Cantonal de Ginebra (Profesores de Watteville y Meylan) Suiza, por el Hospital Hotel Dieu de Paris (Profesor Museau), por el CHUA de Montpellier (Profesor Hedon) Francia y por FIV - Madrid (Profesores Eleuterio Hernández y Elisabetta Ricciarelli).

Ex - responsable de la Sección de Esterilidad del CHUAC, A Coruña.

Director de un curso de Reproducción Humana en la Universidad Menéndez Pelayo, A Coruña.

Dirigió como Jefe de Servicio el Centro de Reproducción Humana de Ginebase, Hospital Santa Teresa, A Coruña.

Ex - Jefe de Servicio del Área de Reproducción Humana de Argora-Unidad de la Mujer, A Coruña.

Ha sido el Director del Equipo de Investigación que ha publicado los trabajos que se mencionan en el publlirreportaje aparecido en La Voz de Galicia con fecha sábado, 21/04/2012, página L13, algunos en colaboración con Universidades Españolas y de E.E.U.U.

Ex - Jefe de Servicio del Área de Reproducción Humana de la Clínica Segrelles, A Coruña.

En la actualidad Director del CENTRO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, homologado por el SERGAS (Servicio Galego de Saúde), que lleva su nombre.

Miembros de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad) y ESHRE (Sociedad Europea de Reproducción Humana).

LA PRÓXIMA SEMANA: DOCTOR, VEO DOBLE.

www.clinicasegrelles.es
información@clinicasegrelles.com

Persona de contacto para esta página, Rosa Otero

600 421 877

rosa.otero@comercial.lavoz.es