



VI ENCUENTRO VIRTUAL SALUD 2000 FERTILIDAD

Diciembre 2014

La esterilidad o infertilidad es algo cada vez más habitual entre las parejas. El 80% de las parejas consigue embarazo durante el primer año, pero un 20% tendrá dificultades en conseguirlo. La edad materna y el empeoramiento gradual de la calidad seminal son las principales causas. Además, no podemos olvidar las mujeres sin pareja y parejas homosexuales que representan el 10-15% de nuestras pacientes.

Las técnicas de Reproducción Asistida son tratamientos sencillos con cada vez menos efectos secundarios y deben ser personalizados para cada caso. **Dr. Jon Ander Agirregoikoa Iza**



El **Dr. Jon Ander Agirregoikoa Iza** está al frente de la dirección médica de ART. Más de una década dedicándose en cuerpo y alma a la Reproducción Asistida hacen de él un referente dentro de la Ginecología de la Reproducción. Gracias a su pasión por la docencia consigue que todo el proceso de la Reproducción Asistida parezca algo muy fácil cuando se lo presenta a sus pacientes.

1.- ¿Es lo mismo infertilidad que esterilidad?

La definición clásica de esterilidad es la imposibilidad de concebir (quedarse embarazada), mientras que la infertilidad consiste en la imposibilidad para finalizar el embarazo (a pesar de conseguirlo, el embarazo no es evolutivo). No obstante, muchas veces las utilizamos indistintamente.

2.- ¿Es la edad un factor determinante en la fertilidad?

La edad de la mujer es el factor más importante a la hora de conseguir un embarazo. La edad ideal para conseguir un embarazo es entre los 20 y los 25. Hasta los 35 años se ve un descenso relativo y a partir de ahí la fertilidad femenina cae en picado. Obtener un embarazo a partir de los 40 es muy complicado tanto en reproducción natural como asistida, salvo que se recurra a óvulos de donante.



3.- ¿Cómo se diagnostica la infertilidad? y ¿Cuáles son las causas?

El estudio de esterilidad es muy sencillo y rápido. El estudio básico se puede completar en menos de un mes y consiste en realizar un historial médico a la pareja, una analítica, una ecografía ginecológica y un seminograma. De este modo se diagnostican posibles antecedentes que puedan afectar a la fertilidad, regularidad en la ovulación, reserva ovárica y la calidad seminal. En caso de recomendar la inseminación artificial en el tratamiento sería preciso realizar una histerosalpingografía para valorar la permeabilidad de las trompas.

4.- Tengo 34 años. Llevo ocho meses tratando de quedarme embarazada, pero no lo consigo. ¿Debo acudir al ginecólogo para ver si tengo algún problema?

La recomendación en este caso sería esperar a completar el año. Se recomiendan 12 meses de relaciones sin protección salvo que haya antecedentes ginecológicos como problemas de ovulación (ovario poliquístico, reglas irregulares...), enfermedades asociadas a esterilidad (endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica...) o cirugía pélvica (quistes de ovario, miomas...). En estos casos o si la paciente tiene más de 38 años sería recomendable un estudio a los 6 meses.

5.- Me gustaría ser donante de óvulos para poder ayudar a personas que sufren de problemas de fertilidad. ¿Podría, explicarme si existe algún riesgo para mi salud?

Aunque las complicaciones en los tratamientos de fertilidad son infrecuentes y habitualmente leves, cualquier tratamiento médico puede tener efectos secundarios. Hasta hace unos años el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) era uno de los mayores miedos que podíamos tener en las donantes. Con los protocolos de estimulación actuales el SHO moderado y severo prácticamente han desaparecido de las donantes.

La punción ovárica es un acto quirúrgico sencillo y las complicaciones como hemorragias o infecciones ocurren en menos del 1% de los casos.

6.- He leído que las pacientes y los pacientes diagnosticados de cáncer, pueden preservar su fertilidad y ser madres o padres una vez ha terminado el tratamiento para esa enfermedad. ¿Es así? ¿En qué consistiría el proceso?

La mayoría de cánceres se dan en edad avanzada, pero hay algunos como el de mama o los hematológicos (leucemias, linfomas...) que muchas veces aparecen en edad fértil.



El tratamiento mediante radio y quimioterapia afecta a las gónadas comprometiendo la fertilidad tras la curación de la enfermedad.

Preservar la fertilidad en el varón es bastante sencillo, obteniendo varias muestras de semen y congelándolas .

En el caso de la mujer, desde hace unos años la vitrificación de los óvulos permite preservar su fertilidad. Lógicamente obtener óvulos es más complicado, y es preciso una estimulación y punción ovárica para poder vitrificarlos. La vitrificación consiste en una congelación ultrarrápida que nos permite guardar óvulos sin que éstos pierdan propiedades con el tiempo.

El mayor problema en estos casos es la inmediatez de los tratamientos oncológicos. Es importante que el médico comente a las pacientes con cáncer la posibilidad de preservar su fertilidad a la hora de informar del pronóstico y los tratamientos a seguir. Además, en muchas clínicas como la nuestra, el proceso es gratuito en estos casos.

7.- Me gustaría que me informara de los diferentes tratamientos que existen para tratar la esterilidad de la mujer y del hombre.

Los tratamientos de fertilidad se pueden resumir en dos:

- La inseminación artificial (IA): consiste en depositar el semen (de la pareja en su caso o de un donante) dentro del útero tras procesarlo previamente. Generalmente va asociado a una estimulación ovárica para obtener 2 o 3 óvulos.
- La fecundación in vitro (FIV) es más compleja que la IA. Tras estimular los ovarios se extraen los óvulos mediante una punción ovárica y se fecundan en el laboratorio. La FIV clásica consiste en dejar los espermatozoides alrededor de los óvulos para que entren ellos solos, mientras que el ICSI consiste en introducir un espermatozoide en cada óvulo (posiblemente esta sea la imagen que a todos nos viene a la cabeza cuando hablamos de reproducción asistida).

La donación de óvulos es una variante de la fecundación in vitro donde se fecundan los óvulos de una donante para después transferir los embriones a la receptora.



En el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) se realiza un estudio genético o cromosómico de los embriones previo a realizar su transferencia.

8.- Podría explicarnos en qué consiste exactamente la técnica de la criopreservación, cuando es adecuada y como es el procedimiento.

La criopreservación consiste en la congelación de óvulos y embriones. Hasta hace unos años utilizábamos la congelación clásica o lenta. El proceso de congelación duraba horas y los resultados eran pobres.

Hoy en día la vitrificación ha conseguido que los resultados obtenidos sean similares a los que obtenemos 'en fresco'. La vitrificación es una congelación ultrarrápida que junto con los crioprotectores celulares que se utilizan, evitan la formación de cristales de hielo y así evitar la ruptura celular. Gracias a este avance hemos conseguido una tasa de supervivencia de más del 95% en el caso de los embriones y superior al 85% en los ovocitos, además de tasas de embarazo similares.

La vitrificación de ovocitos se realiza por causas médicas (cáncer u otras enfermedades que puedan afectar a los ovarios) o sociales (deseo de retrasar la maternidad y mantener las opciones de embarazo con sus propios óvulos). Los embriones suelen vitrificarse cuando se desaconseja su transferencia (hiperestimulación ovárica, mala receptividad endometrial...) o en caso de tener embriones sobrantes (además de los transferidos) de buena calidad. Esto último permite varias transferencias embrionarias en cada ciclo aumentando las posibilidades de embarazo.

9.- Hola doctor, me gustaría saber qué diferencias existen entre un biosimilar y un medicamento de marca original.

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico similar a otro de origen y cuya patente ha caducado. Los biosimilares son productos que intentan replicar a los medicamentos de origen, producidos por un fabricante diferente al del medicamento de referencia, utilizando distintos bancos de células maestras, distintos procesos de manufactura y probablemente distintos métodos analíticos. Se trata así, de medicamentos similares pero no idénticos a los productos de referencia. Un biosimilar y el fármaco innovador de referencia pueden tener imprevisibles



consecuencias clínicas, por lo que la seguridad de un nuevo fármaco biosimilar debe ser ampliamente evaluada.

10.- He oído que los medicamentos de marca y los biosimilares, no son iguales, ¿Qué ventajas puede tener un medicamento de marca vs un biosimilar?

Los biosimilares de la rFSH han sido autorizados en Europa en 2014, y los estudios iniciales refieren resultados 'no inferiores'. No obstante la información que manejamos es insuficiente por ahora para conocer los pros y contras de estos productos y saber como van a afectar al coste y resultados de las técnicas de reproducción asistida.

Teniendo en cuenta que la eficacia de los medicamentos biosimilares puede variar de los originales, la respuesta en la estimulación ovárica puede no ser la esperada (no tiene porque ser peor pero si diferente). Tras muchos años utilizando los originales necesitaremos por lo menos un proceso de aprendizaje para amoldarnos a su uso.