

«Gracias a la donación, la posibilidad de embarazo ronda el 60%» MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ PÉREZ ESPECIALISTA EN BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN EN IMFER



«Una de cada tres mujeres de 38 años tiene problemas para quedar en estado»

ARANTZA S. GARRIDO MURCIA

La donación de óvulos es la entrega de varios óvulos de una mujer a otra de forma anónima, para que esta última pueda conseguir tener un hijo. En esta técnica, una mujer (receptora) recibe los óvulos producidos por otra mujer (donante), los cuales son fecundados en el laboratorio (in vitro) por los espermatozoides del marido de la mujer receptora. Dos días después, los embriones así producidos se introducen en el útero de la mujer receptora con objeto de que continúen su desarrollo, se implanten y den lugar a un embarazo.

Puede ser donante cualquier mujer sana desde un punto de vista físico y psíquico, con una edad entre 18 y 35 años, sin antecedentes de enfermedades hereditarias graves y sin patología ginecológica previa.

Una vez informada de todos los aspectos de la técnica, si decide que le interesa y antes de ser admitida como donante, se realiza gratuitamente un análisis de sangre (hepatitis, HIV, etc.), una citología y una ecografía. Con estas pruebas se descarta la existencia de enfermedades infecciosas o patologías ginecológicas. Estas pruebas se realizan en un solo día, y los resultados están disponibles en una semana. El hecho de haber sido madre es un dato positivo a la hora de valorar su admisión como donante.

El doctor Miguel Ángel Fernández Pérez es especialista en Biología de la Reproducción y trabaja en el Instituto Murciano de Fertilidad (IMFER). Disfruta como un niño el día de Reyes con su trabajo, y eso se ve en la pasión que pone al hablar de la importancia de la donación y de su labor en ese milagro llamado vida.

- ¿Qué es lo primero que hace cuando las pacientes se ponen en sus manos?

- La figura del embriólogo, del biólogo, en reproducción asistida es imprescindible porque nos encargamos de llevar a cabo la unión óvulo-espermatozoide, el tratamiento estrella en la reproducción asistida, cuando el óvulo se fecunda fuera del cuerpo. También llevan a cabo la posterior fecundación y realizan el desarrollo embrionario: la valoración de la calidad embrionaria y la valoración de los embriones viables. Es una

parte de laboratorio imprescindible

- ¿Qué tipo de pruebas hacen a las mujeres?

- No somos médicos, por lo que son los ginecólogos, en este caso el doctor Antonio Callizo o el doctor Sergio Rogel, los que tratan a las pacientes y realizan los análisis pertinentes. Sí es cierto que el embriólogo tiene, en determinados momentos del proceso, un trato con el paciente, puesto que le informa y le explica con detalle el tratamiento que le van a hacer, algo que podría hacer el mismo ginecólogo, pero que es una parte que se nos destina a nosotros. Se le explica a la mujer cómo es el tratamiento, sus riesgos y sus complicaciones, así como todo lo referente a embriones y su proceso en la clínica.

- ¿Cuáles son los riesgos que puede tener este tipo de tratamientos reproductores?

- Hay un par de riesgos que pueden darse durante este proceso. El primero es el de un embarazo múltiple, típico de las técnicas de reproducción asistida. Lo ideal es conseguir el embarazo de un feto, pero es muy normal observar que un 20-30% de las mujeres que consiguen quedarse embarazadas con un tratamiento de reproducción asistida suelen tener gemelos. La presencia de trillizos suele ser menor, pero aún así se cifra en un 5% el porcentaje de las mujeres que quedan embarazadas de tres fetos mediante este proceso.

Desde hace unos años, no sería posible un embarazo de cuatro, puesto que no se pueden transferir más de cuatro embriones (hay otro tipo de tratamientos, como la inseminación artificial en el que sí sería posible). Se tiende a intentar conseguir el embarazo único, pero desde el punto de vista tecnológico, aún no llegamos a saber qué embrión es el bueno y cuál no va a ser capaz de implantar a pesar de que tenga buen aspecto. Es el motivo por el que se transfieren tres embriones, y no uno, porque con uno solo no hay garantía de que la mujer se vaya a quedar embarazada. Partiendo de esa base es por lo que se transfieren varios embriones: cuantos más se implanten en la mujer, más posibilidades hay de que el test de embarazo dé positivo y, al mismo tiempo, cuantos más embriones se transfieren, existe mayor riesgo de embarazo múltiple. Hoy día lo normal es transferir dos, excepto que, por edad avanzada de la madre, o porque exista una patología que lo aconseje o alguna anomalía que ya se conozca, se implanten tres. Es el riesgo más común.

El segundo de ellos es lo que se denomina hiperestimulación ovárica. Mediante medicamentos se producen en la mujer muchos más óvulos de los que genera naturalmente (en un ciclo menstrual produce un óvulo). Hay mujeres que por muy poco que las estimules no producen pocos, sino que producen 30: un fenómeno conocido como la superovulación. El ovario se subleva, y si en circunstancias normales mide tres centímetros de diámetro, en estos casos pueden llegar a medir diez. Eso genera dolor abdominal, también puede producir acumulación de líquido alrededor de los ovarios (un líquido que proviene de la sangre y que hace que ésta, ante su falta, se espese, lo que aumenta los riesgos de embolia, de trombosis, o de fallos

renales). Se trata de riesgos que nosotros controlamos en un principio pero que no sabemos qué es lo que hace que una mujer se hiperestime e incluso hay mujeres que, aunque producen 30 óvulos, no tienen este síndrome de hiperestimulación y hay mujeres a las que, en un primer intento de estimulación in vitro, le extraemos 30 óvulos y no se hiperestimulan. Si tenemos que repetirle el ciclo y volvemos a necesitar esa cantidad, sí lo hacen.

Se sabe que la hiperestimulación se produce siempre que se producen una serie alta de óvulos pero desconocemos qué sustancia es la que tiene elevada la mujer para que esto se produzca. Por eso, generalmente, lo que se suele hacer es prevenir. Toda la hiperestimulación ovárica se controla mediante ecografía y vemos cómo van creciendo los folículos. Si vemos que hay un número excesivo, a menudo, se suele interrumpir el tratamiento, no extrayendo esos óvulos. A veces hay que tomar esa decisión e intentar repetir el proceso al mes próximo donde, quizá, nos volveremos a encontrar con el mismo problema. Será una decisión que han de tomar de forma conjunta el ginecólogo y la paciente, que han de pensar si arriesgarse o no a sufrir una hiperestimulación. A pesar de que suena algo duro, no es algo que sucede muy a menudo y, en caso de que suceda algo grave, primero recibe tratamiento por nuestra parte pero, en segundo lugar, desviamos a las pacientes a la Arrixaca.

- ¿Qué características ha de cumplir la donante y qué tipo de implicaciones va a tener la donación para ella?

- En primer lugar, he de decir que la sociedad actual no conoce la importancia de este tipo de tratamientos y que, en la vorágine en la que nos desenvolvemos hoy día, y el poco tiempo que tenemos cuando somos jóvenes para pensar en tener hijos, es un problema que está ahí. Cuando una mujer se plantea tener hijos con 38 años, una de cada tres va a tener problemas, y eso es mucho. Y ahora esa edad es muy común.

El problema tiene difícil solución, pues además de que su capacidad ovárica es muy baja, sus óvulos tienen ya 38 años. Aun así se intenta, aunque las posibilidades son escasas, de entre un 5 y un 10%. Por eso, la posibilidad más firme es la de acudir a una donante. Éstas tienen que tener entre 18 y 35 años (los óvulos no se pueden congelar: sí existe el banco de esperma pero no los bancos de óvulos). El día que se le extraen los óvulos a la donante se insemina con el esperma de la pareja de la receptora, y a los tres días los embriones son implantados en el útero.

Existe un protocolo para las donantes en el que se estudia si es una buena donante (con análisis, reconocimientos, etc.) y una vez dado ese visto bueno, a la donante se le estimulan los ovarios durante, aproximadamente, diez días. Simultáneamente, a la mujer receptora se le va preparando el útero para que sea receptivo cuando la donante vaya a darle sus óvulos. Es decir, hay que sincronizar a ambas mujeres. La donación de óvulos requiere pinchazos diarios, análisis de sangre y luego, para extraerlos, hay que pasar por una

sedación (de unos 10 minutos).

Una vez llega el día de la donación, los óvulos se quedan en el laboratorio y ese mismo día se ponen en contacto con el esperma. Tras cerca de 18 horas de incubación conoceremos cuántos óvulos se han fertilizado. Se espera uno o dos días más y así vemos como sigue el proceso.

Tras tres días de observación elegimos los que parecen más sanos (dos o tres, según los casos) y son éstos los que se implantan en la receptora. A pesar de poner tres embriones, aún existe el 40% de posibilidades de que el test de embarazo dé negativo.

-¿Cuántas receptoras pueden fertilizarse gracias a los óvulos de una misma donante?

-Dos como máximo. No se suele estimular demasiado a la donante por temor a esa hiperestimulación, y como no sabemos cuantos óvulos van a fertilizar, no podemos saber qué va a pasar.

De todas maneras, en caso de que sea alto el número de embriones fertilizados en el laboratorio, podemos congelarlos. Los embriones pertenecen a la pareja receptora, que pueden donarlos si consideran que ellos ya no quieren tener más hijos. Con la nueva ley, podrán donarse los embriones a la ciencia.
