

# Sacyl 'custodiará' óvulos de mujeres con cáncer hasta que puedan gestar

El Hospital Clínico de Valladolid proyecta incorporar nuevas técnicas de reproducción como la donación de ovocitos

ALICIA CASAS MARCOS / Valladolid

Tener cáncer ya no será un impedimento para ser madre. Las mujeres a las que se les diagnostique esta enfermedad, y siempre que haya un margen de tiempo antes de recibir sesiones de quimioterapia, podrán someterse a la extracción de ovocitos. Sacyl los congelará en un banco para que, una vez curadas, tengan la oportunidad de gestar.

Ésta técnica de reproducción asistida, denominada criopreservación de ovocitos, que ya se realiza en comunidades como Madrid, se incorporará ahora a la cartera básica de servicios de la Sanidad de Castilla y León, cuando sea efectiva la nueva orden que el Ministerio de Sanidad sometió a consulta de las autonomías hace dos semanas.

La técnica de reproducción asistida, denominada criopreservación de ovocitos, que ya se realiza en comunidades como Madrid, se incorporará ahora a la cartera básica de servicios de la Sanidad de Castilla y León, cuando sea efectiva la nueva orden que el Ministerio de Sanidad sometió a consulta de las autonomías hace dos semanas.

No será la única. Donación de ovocitos en pacientes que han tenido fallos ováricos muy precoces y el aumento de las indicaciones de diagnóstico genético preimplantacional (DGP) también formarán parte de las prestaciones de la sanidad pública.

El Hospital Clínico de Valladolid – centro de referencia de los tratamientos de fecundación *in vitro* de Castilla y León – tratará a pacientes que tuvieron problemas en los ovarios a edad temprana. Podrán recibir ovocitos de un donante anónimo.

El Sacyl pretende incrementar el número de patologías autorizadas para realizar el DGP. Esta técnica, que hasta ahora solo se lleva a cabo en el Clínico, consiste en detectar en los embriones, al tercer día de su fecundación, los genes responsables de enfermedades de la pareja, tales

como fibrosis quística, distrofia muscular u otras hereditarias, y evitar su transmisión a los descendientes. Tras un estudio previo de los padres para identificar el gen responsable, el biólogo biopsia una de estas células con una pipeta para su examen. «El fin último es el de transferir a la madre los embriones sanos», explica el coordinador de la Unidad de Reproducción Humana Asistida de este hospital, Luis Rodríguez Taberner.

Las parejas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (sida) o de la hepatitis B podrán tratarse en la Comunidad, «sin tener que remitirlos fuera como hasta ahora». Será cuando el hospital disponga de un laboratorio de seguridad biológica.

## La polémica de las lesbianas

La revisión de la cartera básica de servicios desató una polémica política y social por la exclusión por omisión para tratamientos de fertilidad de las mujeres solteras o lesbianas. Rodríguez Taberner le resta importancia y subraya que la nueva orden ministerial va a llevar a la sanidad pública a asumir técnicas «que pueden suponer un mayor coste económico que la inseminación artificial con semen de donante», la que se realiza en madres solteras o mujeres lesbianas.

«La mayoría suelen ser jóvenes, con buen pronóstico y sin una causa mayor de esterilidad, por lo que las tasas de éxito de inseminación con



La bióloga Juana Molina realiza una microinyección espermática en el Clínico de Valladolid. / PHOTOGÉNICO / PABLO REQUEJO

## Las técnicas y su éxito

La inseminación artificial puede hacerse con semen del cónyuge o de donante. En el primer caso, se hacen cuatro intentos, con un porcentaje de éxito medio por cada uno del 17%. En el semen de donante, se hacen seis con un éxito del 38% por ciclo.



Abriendo el incubador de embriones. / P. REQUEJO

En la fecundación *in vitro*, conjugada con la inyección intracitoplasmática de espermatozoides se efectúa de media tres veces, según la paciente. El éxito estimado es de un 37% por cada ciclo.

semen de donante son muy altas», añade Luis Rodríguez, quien considera que «habría que destacar más, por ejemplo, que la nueva orden para Castilla y León no será restrictiva, ni en medicación, ni en número de ciclos o de tratamientos». Al contrario, «implementará técnicas nuevas y aumentará otras».

En 1980 el Clínico de Valladolid creó la primera Unidad de Reproducción Humana Asistida de Castilla y León. En 2012, el Hospital Universitario del Río Hortega inauguró otra.

Entre las técnicas comunes para ambos hospitales se encuentran la inseminación artificial, fecundación *in vitro*, inyección intracitoplasmática de espermatozoides, criopreservación seminal, criopreservación embrionaria y biopsia testicular.

La inseminación artificial se aplica a parejas jóvenes en las que no existe una causa clara de esterilidad. La mujer debe tener las trompas permeables y el varón poseer un semen normal o levemente patológico. La futura madre recibe una medicación suave para conseguir que ovule y, cuando está a punto, el ma-

rido lleva una muestra de semen.

Los embríologos lo capacitan, mejoran e introducen en el útero. En este caso la fecundación es natural, ya que el espermatozoide va directamente a fecundar al óvulo.

El semen utilizado puede ser del cónyuge o de donante. La segunda opción se usa en caso de personas con azoospermia, con una patología muy severa, o con enfermedades hereditarias para evitar la transmisión al feto. También en madres solteras y parejas de lesbianas.

La fecundación *in vitro* clásica se emplea en casos en los que ha fallado la inseminación artificial, cuando las mujeres tienen las trompas obstruidas o el factor masculino es más grave. Consiste en extraer los ovocitos y ponerlos a cultivar en una placa. Se coloca el ovocito y se le añade una preparación de espermatozoides del marido. De manera natural uno de ellos fecunda.

Con el tiempo la ciencia evolucionó y, en casos de factor masculino más severo, se utiliza la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, donde son los biólogos los que fecundan. A partir de las 48 horas, se seleccionan los dos mejores embriones para transferirlos.

tos serían viables, ni si fecundaría alguno. Finalmente, le transfirieron tres embriones. «El proceso de espera resultó un auténtico infierno, pero mereció la pena. Me quedé embarazada de un niño». Como pretendían tener más hijos, se pusieron en lista de espera.

En 2010 les llamaron para comenzar un nuevo ciclo. «En esta ocasión todo parecía idílico; el test volvió a salir positivo a la primera y estaba embarazada de mellizos, pero el fervor nos duró desgraciadamente poco tiempo». S.C.N se derrumbó mientras rememoraba este apesadumbrado episodio. Las lágrimas

Sigue en página 3

**S.C.N.** Paciente sometida a técnicas de reproducción asistida  
 «Cada vez que me hacía un test de embarazo y salía negativo mis fuerzas menguaban»

## «La espera resultó un infierno; solo veía niños y embarazadas y me planteé cambiar de barrio»

A. CASAS MARCOS / Valladolid  
 Impotencia, desesperación, angustia, ilusiones que por momentos se truncan, sentimientos enfrentados... «¿Por qué me ha tocado a mí?». Ése era el interrogante que rondaba constantemente por la mente de

S.C.N., paciente que comenzó en 2005 a someterse a técnicas de reproducción asistida en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Con 29 años, decidió acudir con su pareja al hospital y ponerse en manos de profesionales para saber

dónde radicaba el problema de esterilidad. Tras un estudio a la pareja, detectaron a su marido un problema en el semen, por lo que comenzaron con ciclos de inseminación artificial. Los cuatro intentos fallaron. «Cada vez que me hacía un test de embarazo y salía negativo mis fuerzas y mi autoestima menguaban. Sin el apoyo de nuestra familia, no hubiésemos podido salir adelante», admite.

En 2007 lo intentaron con la fecundación *in vitro*. El proceso fue muy duro. No sabía cuantos ovoci-