

Inmaculada decepción

(Reproducción asistida)

DR. EDGARD B. RICHTER

Traducción: Marina Rodríguez Pérez

Las técnicas de bebés probetas pueden hacer muchos milagros. También provocar horriblos efectos secundarios y tener que hacer terribles elecciones

Louise Brown, la primera niña probeta, tiene ahora más de diez años, así como la tecnología de los niños “probeta”. Desde aquel tiempo, los medios de comunicación han pintado el precioso cuadro de la “reproducción asistida”, como es conocida en los círculos médicos, como un gran avance para los que hasta ahora no eran fértiles. Doscientas cincuenta mil parejas británicas se pueden beneficiar de estas técnicas, proclama un informe del Interim Licensing Authority, ILA, creada como un cuerpo temporal para controlar las llamadas “clínicas de niños probeta”.

Y cuando el proyecto de ley para la Fertilización Humana y Embriología se convierta en ley, se le dará mucha más prensa a lo que es sin duda uno de los milagros de la ciencia moderna.

Según se incrementa el porcentaje de las parejas estériles -los últimos cálculos son que una de cada siete parejas en edad de criar tienen problemas para concebir- las técnicas y medicamentos para la infertilidad se están convirtiendo en el primer puerto de escala para los que no tienen hijos.

Pero lo que tu ginecólogo no te cuenta son los peligros potenciales de las medicinas utilizadas, el poco éxito de las técnicas, el aumento potencial de las malformaciones y las muertes perinatales, y las terribles consideraciones éticas a las que te debes enfrentar al recibir cualquier tipo de asistencia con medicinas para la fertilidad.

En este informe tratamos sobre las diversas técnicas que intentan ayudar —o en algunos casos mejorar— a la naturaleza, los problemas a los que te tienes que enfrentar con estas técnicas y algunas alternativas que puedes considerar antes de permitir que la ciencia médica sea tu cigüeña.

Según la medicina tradicional, la mitad de los casos de infertilidad están causados, en el caso de las mujeres, por problemas mecánicos (trompas obstruidas, por ejemplo), por problemas menstruales (como fallos en la ovulación), por endometriosis u ovarios poliquísticos, y en raras ocasiones, por mucus que es hostil al esperma. En un tercio de los casos, el problema se debe al esperma masculino —bajo número o movilidad, normalmente, y en raras excepciones una obstrucción en los testículos. Cerca de un cuarto de todos los casos no tiene explicación.

Hay tres vías principales por las cuales la ciencia médica puede ayudar a la naturaleza químicamente:

Fecundación in vitro (FIV), o transferencia de embrión. Se utiliza cuando las mujeres tienen las trompas obstruidas, el esperma no puede pasar por el mucus del cévix u otros problemas en los que el esperma no puede unirse con el óvulo. Esta técnica implica la extracción de uno o más óvulos de la mujer, fecundarlos con el esperma del compañero fuera del cuerpo en un caja de petrie (poco profundo), y reintroducir los embriones (óvulos fecundados) en el útero de la mujer.



GIFT (transferencia intrafalopiana de los gametos) es una manera de dar un suave codazo a la naturaleza. Se extraen los óvulos de la mujer y el esperma del hombre, y se sitúan separadamente en los extremos de las trompas de Falopio de la mujer. De esta manera, dice la teoría, el esperma de baja movilidad no tendrá que ir tan lejos como tendría que ir en el largo y precario viaje a través del canal reproductivo de una mujer para conseguir su objetivo en circunstancias normales.

Medicinas para la fertilidad, hace 20 años que se utilizan, y se supone que sólo se ofrecen a las mujeres con problemas de ovulación. Medicamentos como el Clomid, o Serophene (citrato de clomifeno) en los Estados Unidos, bloquean la producción de estrógenos, hacen creer al cerebro que el cuerpo no está ovulando. Entonces, el cerebro produce grandes cantidades de la Hormona Estimuladora del Folículo (FSH <Follicle Stimulating Hormone>) que hace que los ovarios “superovulen”, produciendo dos, tres o más óvulos.

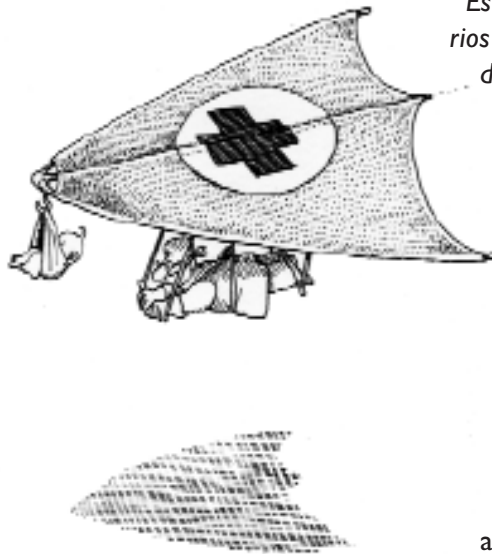
Aunque Louise Brown fue el resultado de la reimplantación de un solo óvulo fecundado, los pioneros de la técnica probeta, Patrick Steptoe y Bob Edwards, salieron con una idea para mejorar la que generalmente era una baja tasa de éxito. Era lógico pensar que las oportunidades de una mujer para

“conseguir” quedarse embarazada aumentarían si se introducía más de un óvulo. (También se ahorraría en coste y en problemas por someterse a múltiples operaciones). Después, empezaron a recetar medicamentos de fertilidad para que las mujeres “superovulasen” y produjesen más de un óvulo cada vez, para reimplantarlos de una sola vez. Medicinas como el Pergonal y el Metrodin, que son más potentes que el Clomid, producen de tres a 30 óvulos de una sola vez.

“Es estimulando los ovarios femeninos para producir más óvulos como los médicos han conseguido uno de los mayores adelantos en el tratamiento de FIV”, explica el artículo independiente “Cómo Elegir una Clínica de Bebés Probeta”, haciéndose eco de la opinión aduladora de la prensa.

Esas son las razones oficiales para realizar las diversas terapias. Sin embargo, en la práctica, se utilizan por rutina las medidas más extremas al primer indicio de que una pareja tiene un problema, incluso antes de que la naturaleza del problema de fertilidad se averigüe, y a pesar del hecho de que muchas tienen una tasa de éxito bastante baja.

Los médicos tienden a dar medicinas para la fertilidad indiscriminadamente cuando una pareja cuenta por primera vez que lo han estado intentado sin éxito. Naomi Pfeffer, autora de Experience of Infertility < La experiencia de



la infertilidad> (Virago) y el folleto de la Greater London Association of Community Health Councils "Infertility Services: a Desperate Case <Los servicios de Infertilidad: un caso desesperado> , dice que a la mayoría de las mujeres que no se pueden quedar embarazadas les dan medicinas incluso antes de que se las diagnostique. "Lo que realmente asusta", dice Ellen Grant, especialista de Preconceptivo Foresight (Asociación para el Cuidado) y autora de *The Bitter Pill (La Píldora amarga)*, "es que los especialistas están tan acostumbrados a ver los niveles hormonales suprimidos que recetan las medicinas como si fueran caramelos". Esto a pesar del hecho de que en opinión del experimentado especialista en FIV Michael Ah-Moye, director médico del Hospital Holly House de Essex, el Clomid y otros medicamentos "no tienen una tasa de éxito muy distinta" a las de los casos claros en los que el problema es la ovulación. De hecho, incluso uno de los fabricantes de estas medicinas dice que es menos efectiva después de tres veces y no se debe utilizar indefinidamente: "si no ha conseguido quedarse embarazada después de tres reacciones ovulatorias al Serophene, se recomienda no seguir con el tratamiento".

Los medicamentos para la fertilidad se dan normalmente a los hombres con un recuento de espermatozoides bajo, dice Ah-Moye, aunque muchos estudios demuestran que no funcionan muy bien. "Difícilmente les doy las medicinas a menos que insistan", dice. Estas medicinas son conocidas por sus efectos secundarios -muchos de los cuales pueden afectar al embarazo o al bebé si el embarazo tiene lugar durante el tratamiento. Aunque muchos doctores reivindican que los efectos secundarios se limitan a fogonazos de calor o a molestias abdominales, la empresa farmacéutica suiza Serono, que acapara la mayoría de las medicinas para la fer-

tilidad, informa en la biblia americana de las Medicinas, *The Physician's desk reference (vademécum)*, que el Serophene también causa visión borrosa (por razones que no alcanzan a comprender), y engrandecimiento de los ovarios (en un 14% de las pacientes). Esto tiene repercusiones especiales para las pacientes con endometriosis o quistes ováricos, ya que empeorará el problema y posiblemente afectará permanentemente a la fertilidad. Es más, dice Serono, "un engrandecimiento máximo del ovario...no tendrá lugar hasta algunos días después" de que el tratamiento termine.

Con las medicinas para la súper-ovulación como el Metrodin, también fabricada por Serono, la compañía advierte de que su uso debe estar limitado a esos doctores "minuciosamente" familiarizados con los problemas de infertilidad. Además del engrandecimiento de los ovarios, también provoca el Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (OHSS<Ovarian Hyperstimulation Syndrome>), un grave problema que causa un acumulación rápida y repentina de fluido en la cavidad abdominal, en el tórax e incluso en el pericardio, lo que requiere hospitalización inmediata. La situación puede empeorar si además la paciente está embarazada.

"Con el OHSS hay también un incremento en el riesgo de tener daños en el ovario", dice Serono en el vademécum "El examen pélvico puede provocar la ruptura del quiste ovárico". Si esto ocurriese, sería necesario la cirugía para extirpar el ovario y controlar el exceso de sangre.

Si esto no es suficiente para que te lo pienses dos veces antes de que tomes algunas de estas medicinas de manera despreocupada, Serono también advierte de que podrían aparecer complicaciones pulmonares y vasculares como la trombosis en las venas y las arterias, lo que

podría provocar ataques al corazón, apoplejías o la pérdida de un miembro.

También se corre el riesgo de tener un embarazo ectópico (en las trompas), lo que por supuesto daría como consecuencia la extirpación del ovario. Estas medicinas pueden producir partos múltiples, malformaciones fetales e incrementar el riesgo de muerte perinatal. Y de nuevo, los medios de comunicación han publicado un gran número de fotos de bulliciosos trillizos con titulares de ánimo sobre cómo parejas que antes no podían tener hijos ahora tienen que hacer frente a una casa llena de niños.

No hay duda de que estas medicinas incrementan tus oportunidades de tener desde gemelos a quintillizos. En pruebas clínicas con Metrodin, Serono informó de par-

tos múltiples con el 17% de los embarazos; con el Serophene, el 10% fueron gemelos, menos del 1% trillizos o más. Este porcentaje aumenta, dependiendo del número de óvulos que se reintroducen en la mujer. Un estudio de 1988 realizado por la (ILA) de Regulación Provisional de todas las clínicas de fertilización autorizadas informó de que la tasa total de los embarazos múltiples con FIV en 1988 era del 24%, y el 19% con GIFT. Sin embargo, la tasa de parto embarazo múltiple con GIFT aumenta al 31,2% cuando se introducen 5 óvulos o más.

De lo que los medios de comunicación no hablan es del aumento del riesgo que los bebés corren al nacer prematuros o morir. Según un gran estudio reciente realizado por el Consejo de Investigación Médica, que

monitorizó 1.581 bebés nacidos desde 1981 por FIV, los partos múltiples de todas las clases, naturales o asistidos, conllevan grandes riesgos. De 1015 partos, el 24% fueron prematuros, comparado con el 6% de todos los partos en Inglaterra y Gales, y el 32% de 1269 bebés pesaron menos de 2,27 kgs. comparado con el 7% de toda la población. Los bebés por FIV tenían una tasa de mortalidad perinatal del 27,2% por cada mil nacimientos, lo que no compensa si resulta que son nuestros hijos.

El informe también decía que había una mayor incidencia de malformaciones congénitas, tales como anencefalia (un defecto en el desarrollo del cerebro y del cráneo, que da como resultado hemisferios cerebrales más pequeños o inexistentes). Serono informa de



que con los estudios de 1803 nacimientos con Serophone, 45 niños tuvieron defectos de nacimiento, o el 2,5 %, (comparado con el 1,83 de la tasa nacional de Inglaterra y Gales en 1988).

La compañía Merrell Dow Pharmaceuticals, que fabrica Clomid en el Reino Unido, advierte, en el Compendio de la Base de Datos, de que: *“aunque no hay pruebas de que el Clomid tenga efectos dañinos sobre el feto humano, sí hay pruebas de que el Clomid tiene un efecto desastroso en los fetos de ratones y conejos cuando se dan dosis altas al animal preñado”*.

Un embarazo múltiple también representa para una madre tener que tomar una decisión como la de Abraham -terminar con uno o más fetos para que los otros puedan vivir. Debido al incremento del riesgo en los partos múltiples, especialmente en los de tres o más embriones, algunos centros del Reino Unido y Europa se dedican discretamente a lo que ellos describen eufemísticamente como “reducción embrionaria”, o, de manera más neutral y clínica “reducir los productos de la concepción”. A lo que esto contribuye es al “aborto selectivo” de uno o más embriones sanos por medio de una inyección de suero salino para reducir el riesgo de que los demás mueran.

Michael Ah-Moye sabe de tres centros que se encargaron de algunos casos de reducción fetal, tanto por malformaciones como para aumentar las oportunidades de la pareja de tener un bebé vivo. Este dilema se hace mayor cuanto mayor es el número de óvulos que se introducen en el cuerpo de la mujer.

Por esta razón, el ILA recomienda que se implanten sólo tres -y sólo en circunstancias extraordinarias, como la edad avanzada, cuatro óvulos. Pero estos números sólo se aplican a los centros autorizados. Los

no autorizados pueden implantar tantos embriones como deseen, y según Ah-Moye, en 1990 había 45 clínicas ilegales.

Muchos centros también rompen las reglas. Un artículo del Sunday Times informa de que el Hospital Monklands de Escocia y el Cameron de Hartlepool, Cleveland, implantan hasta seis óvulos en el GIFT, dependiendo de su calidad y de la edad de la mujer.

Naomi Pfeffer se queja de la práctica del uso de las medicinas de “superovulación”, que cree que son innecesarias en la FIV. *“Las mujeres no deberían enfrentarse a esa elección. Y ¿qué será de un niño que sepa que existe debido a la muerte de sus hermanos? O crecer sabiendo que, por suerte, no te ha pinchado la aguja”*.

También hay pruebas recientes en The Lancet (12 Mayo 1990) de que la reducción embrionaria puede perjudicar a los fetos que quedan. *“El resultado obstétrico después de la reducción en el primer trimestre es a menudo complicado”*, dice el informe, que cita un caso de trillizos “reducidos” a dos. Un escáner de ultrasonidos reveló que uno de los gemelos que quedaban había desarrollado una malformación anencefálica, tras lo cual, también le “pincharon”. El bebé que quedó nació sano a las 39 semanas.

Lo mismo ocurrió en un embarazo de cuatrillizos, “se consiguió uno de mellizos como en el primer caso”. (Véase la ausencia de lenguaje emocional). También se descubrió que uno de los gemelos tenía una malformación anencefálica, y también recibió el “tajo”, tras lo cual el único superviviente nació prematuramente a las 32 semanas.

Considerando que el GIFT y la FIV todavía suponen una tasa de éxito muy baja (sólo un 20%) y que sólo se indican en el 20% de las parejas estériles, y que acarrear tales problemas, cualquiera que se tenga que enfren-



tar a un problema de fertilidad debería considerarlos como su último recurso. Es más, organizaciones como Foresight y los doctores con los que trabajan denuncian que un gran número problemas de fertilidad “inexplicables” e incluso las obstrucciones o un recuento de esperma bajo, que se creía que no se podían tratar, se pueden resolver si la pareja mejora su dieta y sus alergias. Foresight no es la solución a todos los problemas, pero su programa es mucho más seguro como primera opción cuando has intentado quedarte embarazada y no lo has conseguido.

El reconocimiento de fertilidad de Foresight

Foresight, la Asociación para la Promoción del Cuidado Preconceptivo, cree que muchos de los casos de infertilidad son como resultado de una nutrición pobre o por infecciones no diagnosticadas. Aconsejan que realices las siguientes pruebas para determinar tu forma física antes de lanzarte a un tratamiento con medicinas para la infertilidad. A pesar de que muchos círculos médicos les han criticado por no apoyar sus afirmaciones con estudios científicos, la fundadora Belinda Barnes presume de tener un montón de historias médicas de parejas que al principio eran estériles y luego se quedaron embarazadas y dieron a luz a bebés completamente sanos sin medicinas o con las mínimas posibles. Su idea, además, es barata; la mayoría de las pruebas se pueden hacer por la sanidad pública. Antes de haceros un historial completo vuestro y de vuestra familia, aconseja que os hagáis las siguientes pruebas:

- tensión arterial
- Análisis de sangre, para los niveles de zinc, cobre y plomo, también para ver si hay enfermedades venéreas, anormalidades de los glóbulos rojos y blancos, inmunidad a la rubéola y anormalidades en el tiroides.
- temperatura basal. Se supone que ésta es una buena manera de comprobar la función tiroidea, que afecta a tus hormonas y glándulas sexuales.
- Análisis de orina. Examina la diabetes y los problemas de riñón.
- Examen ginecológico. Esto examinaría el cáncer en el cérvix, el prolapso, infecciones vaginales, daños en el cérvix y anormalidades pélvicas.

(En el hombre) Examen génito-urinario y mues-

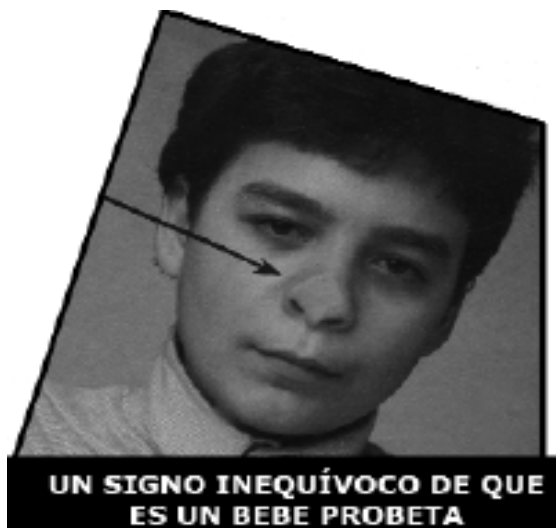
tras de semen. Normalmente esto se suele dejar para después, cuando muchas veces es un factor contribuyente.

- Análisis de sudoración. Examina los niveles de los minerales, especialmente el zinc, del cual un nivel bajo podría contribuir a problemas de fertilidad. Se pone un parche en tu espalda durante una hora y se examina el sudor en el laboratorio.

- Análisis de cabello. Es una prueba bastante controvertida, pero Foresight y sus médicos asociados creen que es extremadamente útil para averiguar los niveles de minerales por debajo del 0.1 por millón. También se supone que permite a los médicos analizar los minerales tóxicos, para determinar patrones de dietas pobres en nutrientes, alergias, mala absorción de la comida y la probable aparición de las Candida albicans. The Lancet criticó su examen de cabello en noviembre de 1985. En *Planning for a Healthy Baby <planear un bebé sano>* (Ebury Press, 1990), la Sra. Barnes contesta a la crítica con referencias que muestran, dice ella, más de 1500 citas de la literatura médica.

Para más información sobre su visión de la infertilidad a través de la dieta y la nutrición, escribe una carta en un sobre sellado con las señas propias a : Foresight, The Old Vicarage, Witley, Godalming, Surrey GU8 5PN.

FUENTE: WDDTY. Vol. 1, n.º 8



20 años de mentiras sobre Chernóbil

Coordinado por **Alfredo Embid**.

Editado por la **AMC**.

Con documentos de:

Pr. Youri Bandajevsky.

Anatomopatólogo. Ex director de la Facultad de Medicina de Gomel. ex director del Laboratorio Central de Investigación Científica de Bielorrusia.

Pr. Alexey V. Yablokov.

Academia de Ciencias Rusa y Centro para la Política Ecológica Rusa.

Pr. G.P.Snigiryova and V.A.Shevchenko.

Centro de Roentgenología y Radiología Roszdrav y Instituto Vavilov de Genética General de Rusia.

Pr. Inge Schmitz-Feuerhake.

Departamento de Física Médica, Universidad de Bremen, Alemania.

Pr. D.M.Grodzinsky.

Secretario General de la División de Biología de la Academia Ucraniana de Ciencias.

Dr. Chris Busby.

Secretario científico del ECRR, Universidad de Liverpool y Green Audit, Aberystwyth, UK

Prs. Helmut Küchenhoff, Astrid Engelhardt.

Prs. V.B. Nesterenko, A.V. Nesterenko.

Instituto 'Belrad' y Academia de Ciencias de Bielorrusia.

Pr. Alfred Koerblein.

Instituto Medioambiental de Munich, Alemania.

Rosalie Bertell.

IICPH, Toronto Canadá.

Presidenta de la Comisión médica de Chernóbil del Tribunal Permanente de los Pueblos.

Solange Fernex.

Ex Diputada del Parlamento Europeo

Dr, Michel Fernex.

Universidad de Bale, Suiza.

Dr. Sanghamitra Gadeka.

Comisión Médica Internacional de Chernóbil. India.

Pr. Elena Bourlakova.

Instituto Semenov de Física y Química. Academia de Ciencias Rusa.

Pr. Yvetta N. Kogarko.

Instituto Semenov de Física y Química. Academia de Ciencias Rusa.

Pr. Irina Pelevina.

Instituto Semenov de Física y Química. Academia de Ciencias Rusa.

Pr. Ludmilla Kryshanovskaya.

Jefe de Servicio del Instituto de Psiquiatría Clínica y Social de Kiev.

Pr. Leonid Titov.

Director del Instituto Bielorruso de Investigación Epidemiología, Inmunología y Microbiología. Minsk.

Pr. Nika Gres.

Instituto de Investigación de Radiología Médica. Minsk.

Pr. Jay Gould.

Presidente del Proyecto Radiación y Salud pública. Nueva York.

Pr. Andreas Nidecker.

Radiólogo. Expresidente de la IPPNW Suiza.

Pr. Sushima Acquilla.

Departamento de epidemiología, Universidad de Newcastle. G.B.

Pr. Yuri E. Dubrova.

Departamento de Genética, Universidad de Leicester, Leicester LE1 7RH, Reino Unido

Pr. R. I. Goncharova, N. I. Ryabokon.

Instituto de Genética y Citología, Academia Nacional de las Ciencias de Bielorrusia. Minsk, República de Bielorrusia.

Pr. G.S. Bandazhevskaya, V.I. Babenko, T.V. Yerko-vich.

Instituto 'Belrad' de Bielorrusia.

Pr. Lazjuk G.I., Zatsepín I. O., Kravchyk Zh. P., Khmel R. D.

Instituto Bielorruso de Enfermedades Hereditarias, Minsk, Bielorrusia.

Pr. A. Okeanov.

Instituto de Investigación Clínica de Medicina de la Radiación y Endocrinología, Minsk, Bielorrusia.

Prs. Gres N. A., Arinchin A. N., Ospennikova L. A. República de Bielorrusia, Minsk, Instituto de Medicina de Radiación y Endocrinología.

Pr. Vorontsova T., Kuchinskaya E., Mokhort T., Karlovich N.

Instituto Clínico de Investigación sobre Medicina de Radiación y Endocrinología, Minsk, Bielorrusia.

Campaña de Radiación de Bajo Nivel (LLRC) G.B. CRIIRAD. Francia.

Y resúmenes de más de 100 trabajos de investigación rusos.

“El patrimonio genético determina la vida de nuestra descendencia. La salud de las generaciones futuras está amenazada por el desarrollo creciente de la industria nuclear y de las nuevas armas radiactivas. “

