



anacer

ASOCIACIÓN NACIONAL DE CLÍNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

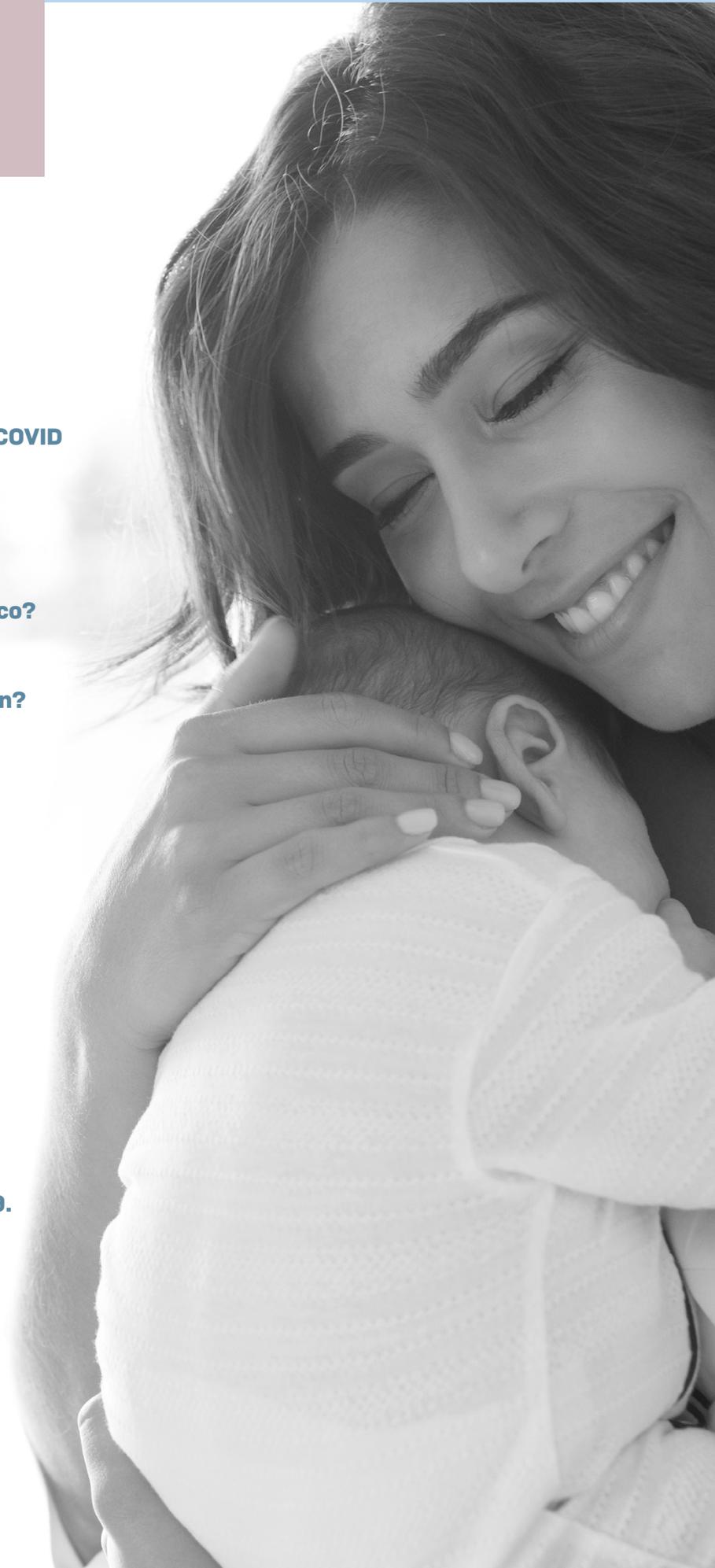


Depósito legal: M-33262-2021

Ellos dan *color*
a nuestras vidas

ÍNDICE

- 3** Editorial
- 4** Vacunación contra la COVID.
¿Qué hacer?
- 6** No estamos solos.
La microbiota en tiempos de COVID
- 8** El síndrome de
ovario poliquístico
- 10** ¿Cómo saber si sufres de
síndrome de ovario poliquístico?
- 12** ¿En qué consiste la
histeroscopia en reproducción?
- 13** ¿Qué es la ecografía
emocional?
- 14** Vacunación en
el embarazo
- 16** ¿La donación de
gametos es anónima?
- 18** No me quedo embarazada.
¿Qué puedo hacer?
- 19** ¿Qué ventajas tiene la
congelación de embriones?
- 20** Lactancia materna y Covid-19.
Recomendaciones
- 21** ¿En qué consiste la
maternidad en solitario?
- 22** Quiero donar.
¿Cuál es el siguiente paso?
- 23** Listado
de socios



EDITORIAL

La luz al final del túnel.

En sus inicios, en el año 2020, la pandemia originada por la COVID-19 obligó al cierre de todas las unidades de reproducción asistida y la cancelación de todos los tratamientos en curso. La falta de conocimiento, preparación y recursos, así como la naturaleza del virus, permitieron la propagación de la infección a lo largo del mundo, con los efectos por todos conocidos.

A pesar de la cantidad de personas infectadas los datos del impacto del SARS-Cov-2 en la salud reproductiva aún son provisorios y están en constante revisión. A nivel masculino, aunque algunos estudios sugieren una posible infección viral con presencia del virus en el semen, los datos son limitados y se requiere más investigación. En el caso de la mujer, la asociación de la infección viral con abortos y defectos congénitos no está clara, pero sí hay abundantes datos epidemiológicos que la relacionan con un aumento de ingresos en unidades de cuidados intensivos, de la prematuridad y el uso de cesárea para finalizar la gestación.

La utilización de medidas de seguridad (limpieza de superficies y manos, aforo, equipos de protección, mascarillas, etc.) y el diagnóstico rápido de la infección (PCR, test rápidos, etc.) permiten a nuestras unidades de reproducción asistida realizar actualmente tratamientos con la máxima seguridad para todos (personal, pacientes, gametos y preembriones).

Por suerte para todos, la ciencia no se detiene nunca. La vacunación está cambiando progresivamente toda esta situación y podemos decir que comenzamos a ver la luz al final del túnel.

En el campo de la reproducción asistida vemos avances con resultados prometedores.

Podemos mencionar, entre otros, el estudio del endometrio a múltiples niveles (inmunológico, microbioma, ventana implantatoria...), que nos permite mejorar el pronóstico en casos difíciles de fallo de implantación, las nuevas técnicas de selección espermática mediante microfluidos, que permiten disminuir el porcentaje de espermatozoides con el ADN fragmentado en los tratamientos y, por último, el análisis embrionario no invasivo que nos posibilita tener datos genéticos del embrión sin necesidad de realizar una biopsia.

En resumen, a pesar de esta pandemia, seguimos y seguiremos.



Ignacio Mazzanti
Presidente de ANACER

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID ¿QUÉ HACER?

¿Qué hago con la vacunación contra el COVID si estoy pensando en quedarme embarazada? ¿Y si ya estoy embarazada o acabo de dar a luz y estoy dándole el pecho a mi bebé?

Estas son las preguntas más frecuentes entre las futuras mamás y las mamás que están amamantando a sus bebés y, cómo no, de las mujeres que están pensando en quedarse embarazadas y que se encuentran en tratamientos de fertilidad. Sin embargo, esto no puede contestarse de forma general, sino que hay que hacerlo de forma personalizada y en el contexto de cada una de ellas, contando siempre con un profesional médico.

Es muy importante la situación personal de cada una ya que nos vamos a encontrar con casos muy diferentes, por ejemplo, si la mujer tiene factores de riesgo como puede ser obesidad, hipertensión o diabetes, ya que, si se contagia de COVID, tiene más riesgo de tener una evolución grave y por tanto debe extremar aún más las medidas a su alcance para evitar contagiarse.

Otras veces se trata de mujeres que están pendientes de empezar un tratamiento de RA y no saben si frenarlo hasta estar vacunadas o por el contrario, no pueden demorar el tratamiento porque ya tienen una edad que si lo demoran van a disminuir de forma drástica sus posibilidades de éxito y no saben qué es peor.

O nos encontramos con el miedo de la que ya está embarazada y no está vacunada o incluso al revés, a la que han vacunado sin saber que estaba embarazada.

Todas estas situaciones nos han venido de repente hace un año, cuando de forma inesperada entró en nuestras vidas, sin ser invitado, el virus del COVID-19, y gracias a la investigación científica y a que ya llevamos un año de experiencia, podemos ayudar a responder a todas estas preguntas, aunque con máxima cautela y de forma personalizada.



Por Carmen Calatayud

¿Qué hacer si estoy en fase de estudio de fertilidad o ya he empezado un tratamiento?

Las pautas de vacunación frente al COVID-19 en mujeres embarazadas han cambiado a partir de mayo de 2021. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) ha actualizado sus recomendaciones en base a las últimas publicaciones científicas y al visto bueno del Consejo Interterritorial de Salud para vacunar a mujeres embarazadas.

Aunque ninguna farmacéutica las incluyó de inicio en los ensayos de la vacunación contra el COVID-19, miles de mujeres embarazadas han sido vacunadas sin saber que lo estaban y, a partir del seguimiento y análisis de estos casos, se han publicado estudios que no indican efectos adversos. Además, mujeres vacunadas en el tercer trimestre de embarazo, han transmitido anticuerpos a su bebé de manera que ha nacido ya con defensas contra el COVID-19.

Esto tiene una gran repercusión en aquellas mujeres pendientes de hacer un tratamiento de reproducción asistida, porque en muchos casos se estaba recomendando esperar, en caso de vacunación programada, a haber recibido la vacunación completa. El motivo es que se ha observado que el COVID-19 puede evolucionar de forma más severa en mujeres embarazadas y por ello, si existe la posibilidad, es preferible estar inmunizada. Con las nuevas recomendaciones, se puede iniciar un tratamiento de reproducción asistida sin estar vacunada pues una vez embarazada, sí se administrarán las dosis necesarias para conseguir la inmunización.

En algunos países, las mujeres gestantes son un grupo preferente de vacunación. En España, serán vacunadas cuando les corresponda por el grupo de priorización al que pertenezcan por su situación personal, independientemente de que estén embarazadas o no. Es importante advertirles que cuando vayan a vacunarse, hagan constar que están embarazada o que están siguiendo un tratamiento para conseguirlo, ya que las vacunas recomendadas en este caso son las de ARNm, es decir, Pfizer o Moderna.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) indica que atendiendo a la necesidad de reducir al máximo la circulación y transmisión del SARS-CoV-2 y de proteger de la infección y de los riesgos conocidos a las embarazadas, debe ofrecerse la vacunación del COVID-19 a las gestantes cuando por comorbilidad, edad y riesgo de exposición les corresponda. Aunque también argumenta que es razonable situar la vacunación a partir de la semana 20 de gestación, a diferencia de la Ponencia de Vacunas y otras sociedades científicas como la Asociación Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO) o la Asociación Española de Pediatría que consideran que las vacunas de ARNm son seguras en cualquier momento del embarazo, como lo es, por ejemplo, la vacuna de la gripe.

Astra Zeneca y embarazo: ¿Se debe completar la vacunación?

En este caso hay más dudas sobre cómo actuar. La SAGO recomienda completar la vacunación después del parto, pues la primera dosis de Astra Zeneca podría haber producido ya seroconversión y no hay datos suficientes sobre la seguridad de la combinación de vacunas. Otras sociedades, sin embargo, recomiendan completar la vacunación con una vacuna ARNm.

¿Y qué opciones tengo si estoy amamantando a mi bebé?

En este caso, aunque tampoco hay muchos estudios sobre la vacunación durante la lactancia materna, las vacunas frente al COVID-19 no se consideran un riesgo para el lactante y por tanto se recomienda la vacunación y no interrumpir por ello la lactancia. Es más, hay estudios que demuestran que si la madre está inmunizada puede pasarle al bebé anticuerpos a través de la leche proporcionándole un factor protector contra el virus.

Tan beneficiosa es la lactancia materna, que está recomendado continuar con la lactancia incluso en casos confirmados de COVID positivo, siempre que el estado general de la madre lo permita y adoptando todas las medidas para evitar el contagio del bebé. En cualquier caso, como en todo acto médico, es fundamental que se individualice la recomendación dirigida a cada paciente en cuanto a la vacunación frente al COVID-19.

NO ESTAMOS SOLOS LA MICROBIOTA EN TIEMPOS DE COVID

En ocasiones me vienen a la memoria los consejos de mi madre para que evitara lavarme la cara con jabón porque, según ella, me estropeaba el cutis porque arrastraba las "sustancias protectoras naturales" que tenía nuestra cara.

A mí me quedó grabado aquello y desde entonces cumplí este precepto casi a rajatabla y... quién sabe si gracias a ello, ahora tengo alguna arruga menos! Esta postura tenía su mérito en un tiempo en el que se consideraba que cualquier germen era enemigo del organismo y había que eliminarlo porque era potencialmente patógeno y lo lógico era aniquilarlo incluso con antibióticos.

Ahora las cosas han cambiado, como se ha demostrado hace pocos años con las técnicas de secuenciación masiva del ADN microbiano (técnicas NGS) y ahora sabemos ¡que no! ¡que no estamos solos! porque las células bacterianas que existen en nuestro organismo son tantas como células tenemos; es decir, que el 50 % de las células de nuestro cuerpo son microbios, una bacteria por cada célula aproximadamente, lo que supone que entre el 1 y el 3% de nuestro peso son bacterias, es decir que vamos cargados con un kilo o más de bacterias sin apenas darnos cuenta.

Desde hace muchos años se sabe que los animales y los humanos éramos portadores de microorganismos que hasta hace muy poco eran tratados con gran indiferencia y en realidad se consideraba que lo importante para la salud era que no existieran, porque suponían una amenaza produciendo infecciones cuando bajan las defensas. Ahora no caigamos en la trampa que nos tiende el COVID para volver a esa antigua teoría de exterminar todo "bicho viviente" que tenga la osadía de acercarse a nosotros.

La Microbiota es el conjunto de microorganismos vivos (bacterias, virus, hongos y otros) que residen en nuestro organismo de forma simbiótica. Estos ecosistemas microbianos se encuentran en el tracto Gastrointestinal, Genitourinario y Reproductor, Respiratorio, Cavidad oral y nasofaríngea y Piel.

Hasta principios de este siglo habíamos aceptado como dogma que los bebés nacían estériles y que algunos órganos, como el útero, también eran estériles. Sin embargo, utilizando técnicas moleculares de secuenciación masiva, se sabe que cuando el feto está intraútero, ya tiene microbios que proceden de la madre.

La cavidad uterina era considerada clásicamente como un lugar estéril, pero este dogma también ha caído en los últimos años y ahora vamos sabiendo más sobre la importancia de la Microbiota endometrial para la implantación embrionaria. Los estudios de la microbiota endometrial demuestran que cuando está compuesta por más del 90% de lactobacillus, la implantación uterina está claramente favorecida.



Por Pedro E. de la Fuente

¿Cómo actúa la Microbiota en nuestro organismo?

Lo más evidente es el papel nutricional de los microbios intestinales que son fundamentales para el metabolismo de múltiples sustancias. También cada vez es más conocido el papel defensivo de ciertos microorganismos como lactobacilos para colonizar un órgano, ocupando el espacio para que no proliferen organismos patógenos.

La microbiota también actúa modulando el sistema inmune, que es propio y diferente en cada persona, jugando un papel crucial en el desarrollo neuronal y funciones cognitivas, mediante una compleja comunicación entre los productos de la microbiota intestinal y el sistema nervioso central a través de lo que se ha denominado el "eje cerebro-intestinal".

Cada vez es más conocido que las modificaciones de la microbiota influyen en la aparición y desarrollo de enfermedades, como diarrea por *Clostridium Difficile*, cáncer de colon, enfermedades metabólicas y neurológicas, salud bucodental, y alteraciones del aparato genitourinario y reproductor.

¿Cómo manipular la Microbiota para mejorar la salud?

Hay dos tipos de estrategias: unas modulan la microbiota ya existente y otras van encaminadas a añadir nuevos gérmenes para que colonicen el organismo.

Estrategias que modulan la microbiota:

Los cambios en la dieta modifican la microbiota de forma temporal, pero se podrían mantener cambios de dieta personalizados prolongados para conseguir cambios permanentes.

Por otro lado, los PREBIÓTICOS, que son nutrientes no digeribles por el sistema digestivo humano pero que estimulan y favorecen el crecimiento y la actividad de las bacterias intestinales y, por tanto, no contienen microorganismos vivos. Estrategias de adición de nuevos microorganismos a nuestro cuerpo como los PROBIÓTICOS son suplementos alimenticios que contienen cepas de bacterias y levaduras vivas con la idea de que colonicen el órgano afectado.

Otros son los SIMBIÓTICOS, que son suplementos alimenticios que contienen una combinación de un microorganismo [Probiótico] junto con un carbohidrato [Prebiótico] que beneficia el crecimiento de la microbiota.

Y por último, otra estrategia más novedosa es el TRANSPLANTE DE MICROBIOTA FECAL, que intenta sustituir la microbiota intestinal de un enfermo por la de donantes sanos con cultivos sanos, o incluso el autotrasplante.

Sin embargo, restaurar la microbiota en caso de alguna enfermedad es mucho más complicado de lo que podríamos imaginar ya que en la microbiota se producen millones de interacciones entre las bacterias y las células del organismo. Por el momento, el único tratamiento que parece realmente eficaz es el Trasplante fecal para el tratamiento de la infección recurrente por *Clostridium difficile*, de las que se están beneficiando algunos neonatos en los que los tratamientos hasta ahora eran poco eficaces.

También el tratamiento de mujeres con microbiota endometrial alterada está empezando a dar sus frutos en casos de fallos implantatorios, en los que hemos detectado una microbiota uterina con un contenido inferior al 90% de *LACTOBACILLUS*. En estos casos es preciso reponer la flora uterina con la administración de lactobacillus de diversas cepas, por vía oral y vaginal desde uno o dos meses antes de la transferencia embrionaria.

EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

El **síndrome de ovarios poliquísticos (SOP)** es un trastorno bastante común, que afecta a entre el 10 y el 12% de la población femenina y que en no pocas ocasiones escapa de un correcto diagnóstico. Puede ser causa de esterilidad y usualmente se encuentra asociado a trastornos hormonales y metabólicos.



¿Qué es el SOP y a qué se debe?

El SOP es una condición endocrina en la que se produce un desequilibrio hormonal en la mujer, trayendo consigo alteraciones de la función ovárica y alteraciones metabólicas y hormonales, entre las que destacan el incremento de hormonas masculinas (andrógenos) y la resistencia insulínica.

Estos trastornos hormonales pueden derivar tanto en síntomas clínicos directos como en incrementos de algunas complicaciones o patologías asociadas, lo cual puede impactar en la salud tanto a corto como a largo plazo. También puede dificultar conseguir un embarazo.

La causa del SOP aún no es completamente clara, y probablemente varíe de persona a persona. La genética (es más probable que una persona desarrolle SOP si un pariente de primer grado también lo tiene), el estilo de vida y el medio ambiente probablemente estén implicados.

La insulina parece que tiene un papel muy importante en este síndrome. Cuando alguien es resistente a la insulina, tiene una menor capacidad de procesar la glucosa.

En estos casos, el cuerpo compensa esta situación produciendo más insulina y estos niveles altos pueden inducir a los ovarios la producción de testosterona lo que conlleva a niveles más altos de esta hormona masculina, la cual puede frenar o detener el crecimiento y la liberación de óvulos, así como suprimir la producción de otras hormonas como el estrógeno y la progesterona, imprescindibles para el buen funcionamiento del ciclo menstrual.

Se ha descubierto que entre un 50 y un 75% de las pacientes con SOP son resistentes a la insulina. Estas personas habitualmente tienen un sobrepeso asociado y tienen más complicaciones relacionadas con el metabolismo de los hidratos de carbono.

¿Cómo se diagnostica el SOP?

El diagnóstico de SOP se hace cuando una persona cumple por lo menos dos de estos tres criterios:

- 1 Presencia de pequeños quistes ováricos muy característicos en la ecografía ginecológica.
- 2 Ciclos irregulares, especialmente aquellos que son muy largos o que no llegan en absoluto.
- 3 Evidencia de signos clínicos de exceso de andrógenos como exceso de vello corporal, la caída del cabello y/o niveles elevados de las hormonas masculinas (como la testosterona) en la sangre.



Tratamientos médicos

En otras ocasiones podemos apoyarnos en tratamientos con medicamentos y estos dependerán de los signos clínicos que primen en la paciente, así como de su deseo gestacional y sus posibles complicaciones metabólicas. De aquí que es uso de anticonceptivos o inductores de la ovulación, según si la paciente tiene deseo gestacional en ese momento o no, serán tratamientos a tener en cuenta en aquellas pacientes con trastornos del ciclo menstrual.

El uso de antiandrógenos en ciertos casos donde primen síntomas como el acné o la caída del cabello. También se usan con bastante frecuencia aquellos fármacos que se relacionan con un aumento de la sensibilidad a la insulina, como es el caso de antidiabéticos orales como la metformina y otros medicamentos que han aparecido recientemente (inhibidores de la DPP4 y agonistas de la GLP1) con muy buenos resultados en el control metabólico de estas pacientes.



Por Manuel Gómez Prieto

¿CÓMO SABER SI SUFRES SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

¿Qué síntomas me pueden hacer sospechar un SOP?

El síntoma más común que se presenta en una mujer con ovarios poliquísticos es el trastorno del ciclo menstrual (síntoma que se presenta en aproximadamente 8 de cada 10 pacientes), que en la mayoría de los casos se relaciona con irregularidades del ciclo menstrual como periodos con ausencias de reglas o reglas impredecibles. Y, en no pocas ocasiones, dificultad para quedarse embarazada.

Otros síntomas frecuentes en este tipo de pacientes, son los relacionados con el aumento de las hormonas masculinas (andrógenos) que pueden originar acné, aumento del vello facial o corporal y en algunos casos pérdida de cabello o piel grasa.

También pueden presentarse síntomas secundarios como la resistencia insulínica, condición frecuente en este tipo de pacientes. En estos casos la manifestación clínica más representativa es el oscurecimiento de los pliegues de la nuca o en las axilas, además de cierta dificultad para perder peso o incremento de peso en el área abdominal.

Los síntomas del SOP pueden comenzar a manifestarse en el momento en que una chica tiene su primer periodo (menarquia). Esto puede llevar a que la persona piense que sus ciclos o síntomas son normales, mientras puede que no lo sean. Si estos síntomas aparecen más o menos al mismo tiempo de la primera menstruación, o si los periodos son constantemente irregulares (infrecuentes o ausentes) por un periodo de 2 a 3 años después de la menarquia, puede ser buena idea hablar con un profesional de la salud.

¿Qué pruebas médicas son necesarias?

El médico hará una historia clínica completa, incluyendo el historial médico y quirúrgico, así como antecedentes sociales y familiares. Una vez realizada la historia clínica, si existe sospecha de la enfermedad, el diagnóstico se basará principalmente en dos pruebas: un análisis de sangre y una ecografía ginecológica.

Las analíticas están encaminadas a valorar tres procesos fundamentales: diagnostican una afectación en el funcionamiento de los ovarios y/o en el incremento de los andrógenos (hormonas masculinas), descartan enfermedades que producen cuadros clínicos muy similares al ovario poliquístico y evalúan el metabolismo de los azúcares y su grado de alteración que pudiera existir.

Y la ecografía ovárica, que principalmente busca la presencia de pequeños quistes que típicamente suelen observarse distribuidos en la periferia del tejido ovárico. Estas imágenes tan características son las que dieron nombre al síndrome (ovario poliquístico) y generaron durante muchos años confusión al creer las pacientes que el problema era única y exclusivamente una alteración de los ovarios.

En cualquier caso, el diagnóstico definitivo del SOP, así como su manejo, debe quedar en manos de un especialista e irá encaminado tanto a corregir los desórdenes que pudieran estar presentes en estas mujeres, como a prevenir la aparición de posibles complicaciones.



HERES

Carrier Screening Solutions

Portadores de lo que importa

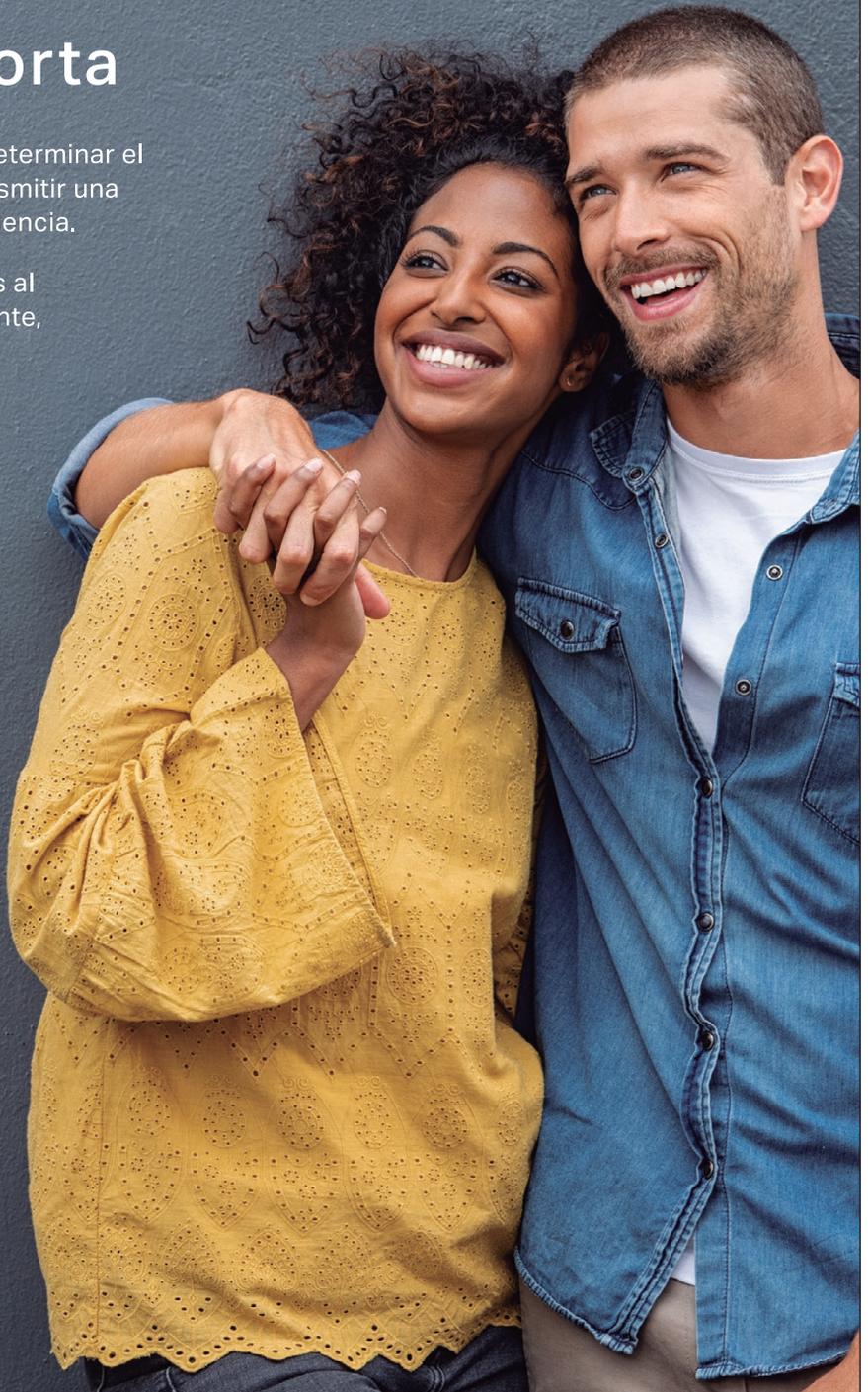
Heres es la solución que permite determinar el riesgo de dos progenitores de transmitir una enfermedad genética a su descendencia.

Un análisis, 3 soluciones adaptadas al perfil y necesidades de cada paciente, clínica y banco.

- **Heres Initia:** para realizar un cribado básico inicial a donantes basándose en las recomendaciones de las sociedades médicas profesionales, además de las enfermedades ligadas al X.
- **Heres Seq:** determina la compatibilidad entre dos personas. Se estudian más de 300 genes.
- **Heres Liber:** para testar la compatibilidad con otros estudios. Se analizan más de 1.000 genes.

Más de 65.000 test realizados en todo el mundo.

Guiamos y acompañamos durante todo el proceso a clínicas, médicos y bancos de donantes para que faciliten a sus pacientes la información genética que necesitan. Porque conocer la información que contienen nuestros genes hoy es el camino para planificar mejor el mañana.



Cada caso merece una atención personalizada, cuéntanos el tuyo.
+ 34 930 001 163 | heres@fullgenomics.es | fullgenomics.es



FullGenomics

¿EN QUÉ CONSISTE LA HISTEROSCOPIA EN REPRODUCCIÓN?

Para conseguir una gestación, necesitamos un embrión viable que implante en un útero en óptimas condiciones. Para evaluar este último tenemos pruebas de imagen, por un lado, y pruebas de laboratorio (anatomía patológica, genética, estudios de microbioma), por otro.

De los estudios de imagen destacan dos: la ecografía y la histeroscopia. La histeroscopia nos permite una visión directa, pero solo de la cavidad uterina. Es una endoscopia (o "mirar dentro") del útero. Como prueba diagnóstica nos permite valorar posibles alteraciones de la cavidad y del tejido que la tapiza, el endometrio, como el útero dismórfico (o en "T"), pólipos, miomas o endometritis. Por otro lado, puede ser también terapéutica: la histeroscopia quirúrgica cada vez tiene más aplicaciones para corregir alteraciones que comprometen gravemente la capacidad y funcionalidad del útero para albergar un embarazo, como es el caso de la metroplastia para el útero en "T".

¿Cuál es la utilidad de la histeroscopia en el momento actual?

En primer lugar, actualmente no se considera una prueba básica en el estudio de la infertilidad femenina. Los datos publicados hasta ahora no han encontrado ventajas sobre la ecografía, por lo que ésta sigue siendo el estudio inicial. Incluso en escenarios más específicos, como el aborto de repetición o el fallo de implantación embrionaria, los protocolos vigentes recomiendan realizar la ecografía 3D (con reconstrucción en tres dimensiones), para descartar anomalías uterinas, reservando la histeroscopia para confirmar y tratar las mismas.

Además, cabe mencionar el papel del llamado efecto scratching. El scratching endometrial (del término inglés scratch=rasguño), es un procedimiento que consiste en provocar un daño intencionado al endometrio con el fin de mejorar la futura implantación embrionaria. La histeroscopia, con o sin una biopsia del endometrio, lleva implícito un cierto efecto scratching. Aunque también muy controvertido, actualmente podría considerarse su realización en mujeres con fallo de implantación sin causa conocida.



Por Juan M. Martínez de María



¿QUÉ ES LA ECOGRAFÍA EMOCIONAL?

El embarazo es una de las experiencias más intensas y significativas en la vida. El estereotipo cultural nos lo presenta como un proceso apacible y romántico que transcurre sin preocupaciones...pero la realidad es bien distinta. El embarazo es una fase de transición compleja durante la cual hemos de atravesar cambios físicos, sociales y emocionales considerables. Es un período de "reajustes" que provocan incertidumbre, nerviosismo y miedo; una fuente importante de estrés que se traduce frecuentemente en estados emocionales de verdadera ansiedad.

Desde sus inicios en la década de los 60, la técnica de los ultrasonidos no ha dejado de evolucionar y reinventarse. Desde las ecografías en 2D en blanco y negro hasta el ultrasonido que transforma las ondas acústicas en imágenes tridimensionales hiperrealistas en movimiento de gran precisión, la ecografía ha sido desde sus orígenes la herramienta estrella para el control y seguimiento del embarazo.

En los últimos años esta práctica tan habitual en el entorno médico ha ido generando también un creciente interés en el campo de la investigación psicoemocional, ya que la experiencia demuestra que este tipo de exploraciones inciden favorablemente en el bienestar emocional de la madre, aliviando el estrés y fortaleciendo los lazos emocionales con su futuro bebé y la conexión con su pareja.

Atendiendo a este aspecto fundamental, y gracias a la más alta tecnología que pone a nuestro alcance el ultrasonido 5D HDlive, surge la ECOGRAFÍA EMOCIONAL. Especialmente diseñadas para brindar momentos de pura emoción y felicidad, estas ecografías son la oportunidad para relajarnos atendiendo detenidamente a todos aquellos aspectos de nuestro bebé que en la visita de seguimiento médico no podemos: el que vemos en pantalla ¿es el bebé que hemos imaginado?, sus rasgos ¿nos resultan familiares? escuchar los latidos de su corazón, observar sus gestos, expresiones y movimientos sin tener que esperar a tenerlo entre los brazos puede ser una verdadera delicia.

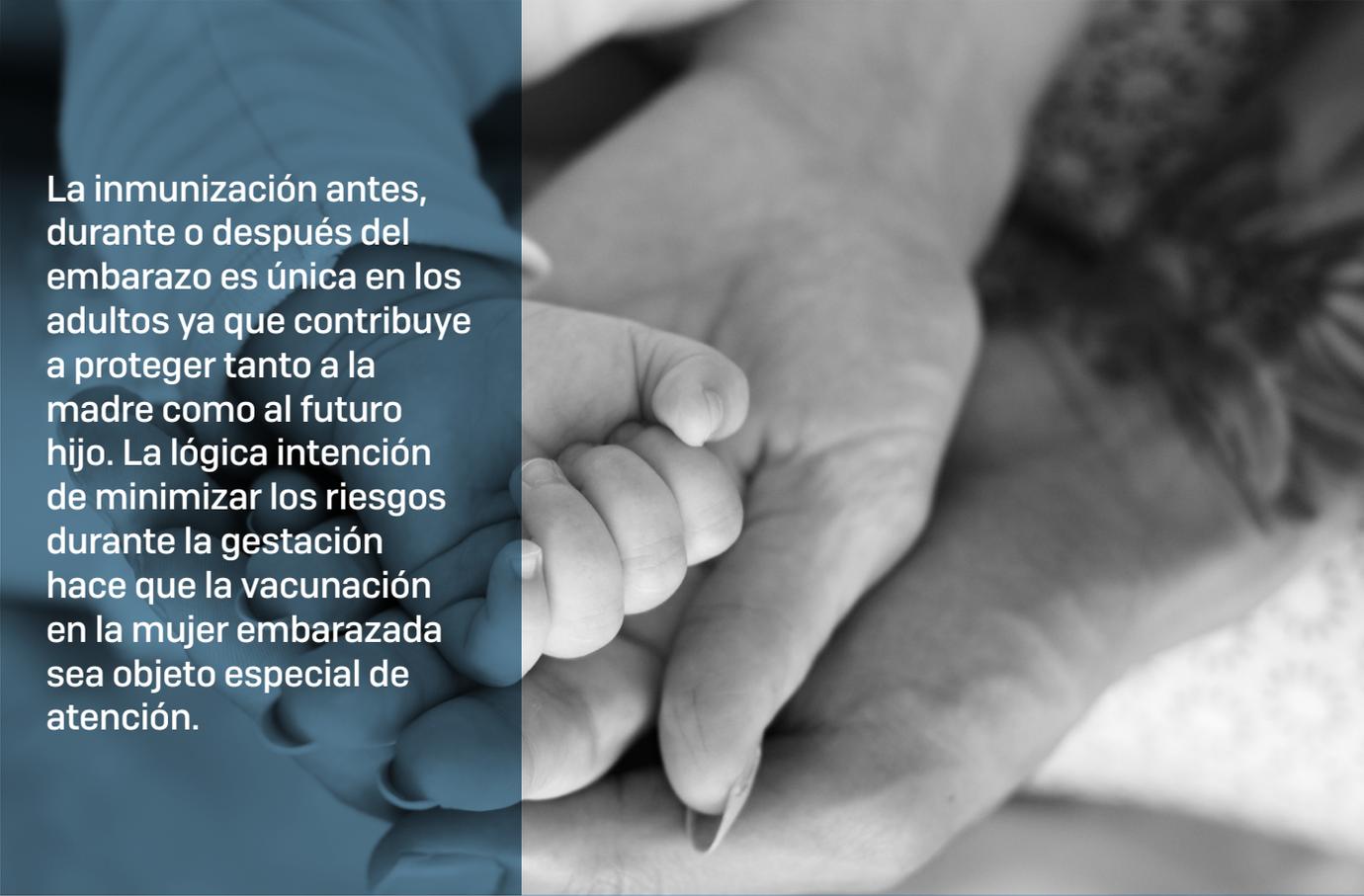
Las sesiones se desarrollan en diferentes modalidades que varían entre los 20 y los 40 minutos, en un ambiente cálido y muy cómodo al que se puede acudir solas, acompañadas por la pareja, familiares o amigos. Al finalizar se entregan fotografías impresas junto con videos de los mejores momentos y un reportaje gráfico en formato digital.

Las ecografías emocionales son una ocasión extraordinaria para conectar emocionalmente, aliviar la ansiedad y satisfacer la impaciencia en el embarazo. Descubrir que dentro de nuestro vientre sucede mucho más de lo que podemos sentir e imaginar es sin duda una experiencia mágica, transformadora y muy, muy recomendable.



Por Magalí Mazzanti

VACUNACIÓN EN EL EMBARAZO



La inmunización antes, durante o después del embarazo es única en los adultos ya que contribuye a proteger tanto a la madre como al futuro hijo. La lógica intención de minimizar los riesgos durante la gestación hace que la vacunación en la mujer embarazada sea objeto especial de atención.

En cualquier caso, solo se vacunará a una mujer embarazada en uno de estos tres supuestos:

- Cuando hay una probabilidad alta de exposición a la enfermedad.
- Cuando padecer la enfermedad sea un riesgo grave para la madre o el feto.
- Cuando sea poco probable que la vacuna suponga riesgos para cualquiera de ellos.

Los recién nacidos no pueden generar respuesta inmune protectora hasta que pasa un tiempo estimado en alrededor de 6 meses de vida. Durante este tiempo el niño es muy vulnerable a enfermedades que son prevenibles mediante vacunación.

Por lo tanto, la inmunización de la futura madre no solo consigue protegerla a ella misma, sino que, a través del paso de Anticuerpos al feto de forma pasiva, pueden proteger al recién nacido hasta que sea posible su inmunización activa, son el inicio de su calendario de vacunaciones.



Por Florentino Garrido

Atendiendo a su composición, existen dos tipos de vacunas, las vivas o atenuadas y las inactivadas.

Las vacunas vivas están contraindicadas durante la gestación por el riesgo de daño para el embrión y el feto. Estas vacunas son: Triple vírica (Sarampión, Rubeola, Parotiditis), Varicela, BCG, Tifoidea oral, Fiebre amarilla y Antigripal intranasal atenuada. Tras su administración, se recomienda esperar un mínimo de un mes para quedar embarazada.



Las vacunas inactivadas, en general, no suponen riesgo cuando se administran durante la gestación, aunque requieren una evaluación individual del caso, excepto las que están indicadas de forma universal (Gripe y dTpa).

La vacuna dTpa combinada Antitetánica-Antiftérica-Antipertúsica protege a la paciente y también al neonato del tétanos y de la tosferina. Esta indicado administrar una única dosis de dTpa a todas las gestantes entre las semanas 27 y 36 y preferentemente entre la semana 27 y 32. Se aconseja una nueva dosis en cada gestación.

Para finalizar, para la prevención de anomalías en embriones y fetos, hay que conseguir que todas las mujeres lleguen a la gestación con el calendario de vacunaciones actualizado.

¿Has solicitado tu test de fragmentación del ADN?

La fragmentación es un parámetro muy importante a la hora de seleccionar la **estrategia de tratamiento de reproducción asistida**.

Desde halotech **ofrecemos una solución** que permite conocer los niveles de fragmentación, de forma rápida, con una muestra de semen.

Pregunta a tu especialista o consúltanos en:



Every life is unique.
So are we



LA DONACIÓN DE GAMETOS ES ANÓNIMA?

La Ley Española de Técnicas de Reproducción Humana Asistida [LEY 14/2006, de 26 de mayo] recoge en su artículo 5 el régimen jurídico aplicable a los donantes de gametos y preembriones, y en su punto quinto dice:

“La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan. Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones.

Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un peligro cierto para la vida o la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las Leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. Dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes”.

El legislador se aseguró de que la identidad de los donantes de gametos, así como de preembriones, quedará completamente protegida de manera que ni el / la donante supiera quién recibió sus gametos, ni la persona receptora conociera a quién los donó, al igual que el hijo nacido.

Únicamente tienen derecho a tener información general, que la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) restringe a edad y grupo sanguíneo, para evitar que se pueda comprometer la identidad de los donantes, y que la selección de donantes se haga en base a peticiones particulares de los receptores.

Pero hay que tener en cuenta que la Ley prevé excepciones en las que se puede revelar la identidad del donante. Estas serían circunstancias extraordinarias que comporten un peligro para la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las leyes procesales penales, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro. En cualquier caso, dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes.



¿Sabías que...

En España, en alrededor del 30% de los tratamientos de reproducción asistida se utilizan gametos donados, ovocitos o espermatozoides, y la tendencia es al alza, sobre todo en el uso de ovocitos donados.

Ésta va a ser cada vez más frecuente debido al retraso de la maternidad por razones sociales y laborales. En la actualidad, la edad media a la que las mujeres tienen su primer hijo es de 32 años, y la de las que acuden a los centros de fertilidad es de 38 años.



Por Emilio Gómez



Por parte de diferentes sectores de la sociedad se ha cuestionado en los últimos años el carácter anónimo de las donaciones de gametos, principalmente en lo que hace referencia al derecho de los hijos nacidos a través de estas técnicas de conocer la identidad del donante que intervino en su gestación.

Así, a comienzos de 2020 el Comité de Bioética de España emitió un informe sobre este tema en el que solicita una reforma de la Ley de Técnicas de Reproducción Humana Asistida con el fin de suprimir el anonimato en la donación de gametos, por supuesto nunca con carácter retroactivo.

El comité hace suyas varias recomendaciones del Consejo de Europa, que insta a los países de la Unión Europea a eliminar la supresión del anonimato de los donantes. El argumento principal sería el derecho de los recién nacidos a conocer a su origen biológico. Esto ha abierto un debate entre partidarios y detractores de esta medida, posicionándose las distintas Sociedades Científicas relacionadas con la reproducción asistida en contra de ella.

ENCUENTRA EL MEJOR DONANTE PARA CADA PACIENTE



Fenomatch es un sistema de gestión para clínicas de fertilidad y bancos de gametos diseñado para hacer una selección de donantes mejorada. Para ello se aplica un algoritmo que, utilizando inteligencia artificial, realiza *facial matching* y encuentra al donante con mayor parecido con el paciente. Es la única herramienta específicamente desarrollada para fertilidad que cumple este propósito.

Nuestro objetivo es crear sistemas tecnológicos que hagan que el proceso de reproducción asistida sea más eficiente y proporcionar tranquilidad a los pacientes.

Tu privacidad nos importa



NO ME QUEDO EMBARAZADA ¿QUÉ PUEDO HACER?

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que aproximadamente el 85% de las parejas que buscan un embarazo en forma natural, manteniendo relaciones sexuales al menos 2 o 3 veces a la semana, lo conseguirá dentro del primer año de búsqueda, y que un 15% tendrán algún problema a la hora de concebir. La fertilidad en el ser humano es un proceso bastante ineficiente ya que la probabilidad de una pareja joven y aparentemente sana de lograr un embarazo es de alrededor del 22% cada mes.

¿Cuándo debemos preocuparnos?

Existen muchísimas variables, tanto femeninas como masculinas, que pueden ser responsables de un problema de infertilidad pero, sin dudas, la de mayor peso es la edad. Por este motivo es que todas las sociedades de ginecología y de medicina reproductiva recomiendan acudir a un especialista pasado el año de búsqueda en las pacientes de menos de 35 años, y después de 6 meses en las pacientes mayores de esta edad.

¿Por dónde comenzamos?

Como en casi todas las áreas de la medicina, la recomendación de un estilo de vida saludable siempre aumentará la posibilidad de tener mejores resultados.



**Dejar
de fumar**



**Mantener un
peso adecuado**



**Hacer ejercicio
periódicamente**



**Reconocer el
periodo fértil**



**Tomar
ácido fólico**

¿Cómo seguimos?

En las primeras consultas médicas se confeccionará una historia clínica, con un interrogatorio dirigido a evaluar cuidadosamente los antecedentes personales y familiares, y luego la solicitud de estudios orientados a diagnosticar las posibles causas de infertilidad.

Si bien las causas de infertilidad son múltiples, los estudios basales indispensables en un nivel inicial deberían estar dirigidos a estudiar 3 factores principales: ovulatorio, tubárico y espermático.



Por Guillermo Terrado

¿QUÉ VENTAJAS TIENE LA CONGELACIÓN DE EMBRIONES?

La criopreservación de embriones ofrece la ventaja de incrementar el número de transferencias embrionarias electivas y mejorar la tasa de gestación acumulada y parto, por ciclo de tratamiento, aumentando la eficacia de los ciclos de FIV. La transferencia de embriones congelados, especialmente cuando se combina con pruebas genéticas previas a la implantación, permite transferir embriones cromosómicamente analizados de uno en uno, que son altamente eficientes y dan lugar a más embarazos únicos y, por tanto, más seguros, y con mejores posibilidades de tener bebés sanos en casa.

Todos los laboratorios de reproducción asistida nos hemos centrado en la obtención de embriones viables de la mejor calidad, para aumentar las posibilidades de conseguir el nacimiento de un niño sano. Para alcanzar este objetivo, se han ido desarrollando diferentes métodos, técnicas y sistemas de cultivo que favorecen el desarrollo correcto de los embriones, y que nos permiten, además, una selección más precisa de aquellos con la mayor capacidad de implantación.

¿Sabías que...

Las mujeres que tuvieron transferencias de embriones frescos y congelados obtuvieron un 8% más de nacimientos mediante el uso de sus embriones criopreservados y con costos más reducidos para la pareja

Los tres beneficios más importantes de la vitrificación de embriones son:

- Tasas de supervivencia significativamente altas (mantenimiento de la viabilidad celular), lo que da como resultado una eficiencia significativamente mejor de transferencia de embriones por tratamiento de FIV
- Mejores tasas de embarazo/parto acumuladas
- Mayor seguridad de la reproducción asistida

Estos tres logros también se ven aumentados por otros desarrollos tecnológicos basados en el laboratorio como son el cultivo de embriones hasta la etapa de blastocisto de manera más eficiente y el uso de prueba genéticas previas a la transferencia.



Por Dina Pabón

LACTANCIA MATERNA Y COVID-19. RECOMENDACIONES

La vacunación contra el COVID-19 ha demostrado disminuir el riesgo de contagio y complicaciones derivadas de la infección en la población general. No obstante, existe limitada experiencia sobre el uso de estas vacunas en mujeres gestantes y con lactancia materna.

El principio de prudencia que acompaña siempre a embarazadas y madres lactantes puede representar una oportunidad para la discriminación de género. En este caso, podrían quedar fuera de una campaña de vacunación poblacional, perdiendo así la posibilidad de acceder a la forma más segura que tenemos, hoy por hoy, de proteger a su salud.

Hay que considerar que la administración de vacunas en mujeres que dan pecho a sus hijos es segura para la propia mujer, la lactancia y el lactante, con la excepción de las vacunas que contienen virus vivos como la Fiebre Amarilla. Las vacunas atenuadas y con virus inactivos han demostrado ser seguras y los anticuerpos maternos producidos por la vacunación proteger al lactante.

De las vacunas autorizadas contra la COVID-19 en España, son de elección en embarazadas o lactantes las basadas en RNAm y en adenovirus de chimpancé no replicante que transportan la proteína S. En el caso improbable que las vacunas pudieran excretarse en leche materna, serían digeridas por el aparato digestivo del lactante, lo cual las hace seguras para la lactancia materna.

Un estudio por el Parc Sanitari Sant Joan de Déu en Sant Boi del Llobregat demuestra que la leche de mujeres lactantes vacunadas con Pfizer contiene Anticuerpos específicos contra el coronavirus [el estudio sale de la constatación en profesionales sanitarias que quisieron vacunarse sin abandonar la lactancia materna].

Si bien embarazadas y mujeres lactantes han sido excluidas de los ensayos clínicos, hay consenso científico de que las vacunas basadas en ARNm son seguras, por lo que se aconseja su administración cuando el riesgo de contraer la enfermedad sea más alto que el de los posibles efectos secundarios. Se ha visto que los anticuerpos contra el SARS-COV-2 se incrementan notablemente después de la segunda dosis y que los niveles en sangre de IgG están correlacionados con los niveles en la leche materna.

¿Sabías que...

A día de hoy, no existe contraindicación para la vacuna en mujeres lactantes?



Por Gemma Valls

¿EN QUÉ CONSISTE LA MATERNIDAD EN SOLITARIO?

El retraso de la maternidad y el cambio social del papel de mujer en las últimas décadas hacen que el planteamiento de la maternidad y la idea de familia hayan cambiado. De entre los nuevos modelos de familia, la familia monoparental ha sido uno de los que ha adquirido mayor prevalencia en España. Hoy en día, en las clínicas de reproducción asistida se ha visto un aumento de un 16% en las mujeres sin pareja que acuden para convertirse en madres.

Hay dos motivos fundamentales por los que está ocurriendo este cambio sociológico:

La priorización de la vida laboral, social y personal lleva al planteamiento de la maternidad en solitario cada vez a edades más avanzadas. Por otra parte, la normalización y el avance de las técnicas de reproducción asistida ayuda cada vez más al aumento de la maternidad en solitario.

La selección del donante apropiado para cada paciente es un proceso individualizado en el que se tienen en cuenta tanto los estudios médicos rigurosos, mucho más extensos de lo que obliga la ley, como los aspectos psicológicos y la historia familiar. Antes de abordar la técnica más adecuada para conseguir una gestación es importante hacer un estudio completo de la paciente, en el que se valorará su respuesta ovárica y la permeabilidad de las trompas. Este estudio nos permitirá decidir la técnica indicada para cada paciente.

Inseminación artificial

La inseminación artificial está indicada en pacientes con buena respuesta ovárica y que tengan las trompas permeables. Consiste en realizar una leve estimulación hormonal para lograr el crecimiento folicular y la formación de un óvulo maduro. El ginecólogo valorará el momento óptimo para coordinar la ovulación con la colocación en el útero de los espermatozoides previamente capacitados en el laboratorio. Esta técnica no requiere anestesia. Quince días después de haber realizado la inseminación artificial se hará el test de embarazo.

Fecundación in vitro (FIV)

La FIV requiere una estimulación ovárica mayor que la inseminación. Está indicada en pacientes que tienen una respuesta ovárica menor o que tienen las trompas obstruidas. La estimulación es personalizada y se realiza teniendo en cuenta toda la historia clínica, la edad, respuesta ovárica, exploraciones y tratamientos previos etc.

En el laboratorio se pueden realizar distintas técnicas para que los óvulos maduros fecunden. La decisión de los embriólogos de utilizar la técnica más adecuada se toma teniendo en cuenta todo el historial clínico y la respuesta ovárica de cada paciente en cada estimulación hormonal. Lo más habitual en mujeres sin pareja es que se transfiera un único embrión aunque la ley permite transferir hasta tres embriones por intento. En algunos casos es recomendable realizar el diagnóstico genético preimplantacional, lo que nos permite conocer la dotación cromosómica de cada embrión y así poder seleccionar los embriones aptos para la transferencia a la paciente, reduciendo el riesgo de tener niños con enfermedades cromosómicas, fallos de implantación y abortos.

FIV con donación de óvulos y espermatozoides

Está indicada en caso de que la mujer tenga una baja respuesta ovárica, ya sea por su nivel hormonal o debido a una edad avanzada de tal manera que sus óvulos sean pocos y de baja calidad. El procedimiento sería el mismo que en la FIV, aunque la paciente en este caso solo necesitaría medicación para preparar el endometrio y recibir el embrión.

Otra opción para las mujeres que quieren ser madres en solitario y tengan que recurrir a óvulos y semen donados sería la adopción de embriones donados al centro por pacientes que han realizado ciclos y ya han sido estudiadas en el momento en el que se generaron los embriones.



Por **María José López Rubira**



Por **Iria Martínez**

QUIERO DONAR

¿CUÁL ES EL SIGUIENTE PASO?

La donación de óvulos es una acción solidaria, voluntaria y anónima, con la que ayudarás a otras mujeres a hacer realidad su deseo de ser madres.

Si has pensado en colaborar con un programa de donación, debes ser mayor de 18 años y menor de 35. Si es así, lo más indicado es que te pongas en contacto con alguna clínica de reproducción acreditada de tu entorno, en tu ciudad o en cercanías, ya que esto facilitará los desplazamientos necesarios que tendrás que realizar durante el proceso de selección/donación.

En la clínica que tú decidas, te citarán para una entrevista sin ningún tipo de compromiso. En ella, se te explicará todo lo relativo al proceso de donación, aspectos médicos y legales, y resolverán todas tus dudas. Se te informará de las pruebas médicas que te serán realizadas: revisión ginecológica, citología, ecografía, analíticas de sangre, etc. Todo lo necesario para que el proceso de donación sea seguro para ti y para quien reciba tus óvulos.

Durante el ciclo de donación, deberás tener cierta disponibilidad para administrarte la medicación, hacer los controles ecográficos necesarios y, por supuesto, para acudir el día de la recuperación de óvulos. Aunque como ya hemos dicho, la donación de óvulos es un acto solidario y altruista, que nunca debe tener carácter lucrativo ni comercial, esta disponibilidad que se te pide, así como los desplazamientos e inconvenientes que te pueda causar a nivel docente o laboral, tendrán una compensación económica que viene regulada por la ley 14/2006 sobre técnicas de Reproducción Asistida.

Si una vez recibida toda la información te animas a colaborar, firmarás un consentimiento para poder realizarte las pruebas que determinarán tu idoneidad como donante y, una vez obtenida dicha idoneidad, ya podrás vivir la experiencia de ayudar a otras mujeres a ser madres.



concile[®] 
ART to born

Polígono de les Guixeres - c/ Electrónica 19, 4C
08915 Badalona (Barcelona) Spain
T (+34) 93 465 08 08 - F (+34) 93 465 58 26
info@concile.es | www.concile.es



Por Gloria Rodríguez

NUESTRAS CLÍNICAS

ARAGÓN

AISA REPRODUCCIÓN Y BIOTECNOLOGÍA

Plaza San Lamberto, 10
Zaragoza
Tel.: 976 238 949
www.aisafiv.com/es

ASTURIAS

UR CEFIVA OVIEDO

Plaza Ferrocarriles Económicos
Oviedo (Asturias)
Tel.: 985 259 393
www.cefiva.com

CASTILLA-LA MANCHA

REPROFIV

Marqués de Mendigorria, 4,
Toledo
Tel.: 925 600 001
www.reprofiv.com

CASTILLA Y LEÓN

CENTRO GINECOLÓGICO LEÓN

Marqueses de San Isidro, 11
León
Tel.: 987 215 471
www.centrogine.es

CATALUÑA

CLÍNICA CIRH

Plaça d'Eguilaz, 14
Barcelona
Tel.: 93 280 6535
www.cirh.es

INSTITUTO CEFER

Gran Via de les Corts Catalanes, 416a
Barcelona
Tel.: 93 2546 070
www.institutocefer.com

INSTITUTO CEFER

Governador Montcada, 13
Lleida
Tel.: 973 27 30 69
www.institutocefer.com

CENTRO PROCREAR

General Moragues, 87
Reus (Tarragona)
Tel.: 977 326 046
Whatsapp: 602 249 182
www.procrear.es

CONSULTA PROCREAR

Mossèn Salvador Ritort i Faus, 23
Tarragona
Tel.: 977 598 090
Whatsapp: 602 249 182
www.procrear.es

COMUNIDAD VALENCIANA

CREA

San Martín, 4
Valencia
Tel.: 963 525 942
www.creavalencia.com

CLÍNICA IREMA

Passeig de les Germanies, 32
Gandía (Valencia)
Tel.: 961 040 162
www.irema.org/es

CLÍNICA IREMA

Avenida Vergel, 10
Beniarbeig (Alicante)
Tel.: 966 477 265
www.irema.org

EXTREMADURA

IERA QUIRÓNSALUD

Julio Cienfuegos Linares, 19-21
Badajoz
Tel.: 924 286 962
www.iera.es

LA RIOJA

CENTRO GINECOLÓGICO MANZANERA

Ingeniero La Cierva, 10 - Bajo
Logroño
Tel.: 941 241 896
www.centromedicomanzanera.com

GALICIA

IRAGA LA ROSALEDA

Antonio Casares, 2
Santiago de Compostela (A Coruña)
Tel.: 981 552 947
www.iraga.net/es

CENTRO MÉDICO PINTADO

Avda. Hispanidad, 40
Vigo, Pontevedra
Tel.: 986 41 33 00
www.clinicapintado.com

MADRID

REPROFIV

Tablas de Daimiel, 8
Alcorcón
Tel.: 91 226 04 01
www.reprofiv.com

PAÍS VASCO

ELCANO

Colón de Larreátegui Kalea, 47
Bilbao
Tel.: 944 235 016
www.elcano7.com

REGIÓN DE MURCIA

TAHE FERTILIDAD

Avda. de Europa, 13
Murcia
Tel.: 968 901 903
www.tahefertilidad.es

PORTUGAL

IERA LISBOA QUIRÓNSALUD

Edifício "Laranjeiras Plaza"
Rua Xavier de Araújo
Lisboa (Portugal)
Tel.: +351 212 696 338
www.ieralisboa.pt



¡ENCUÉNTRANOS!

Especialistas en fertilidad



Fertypharm es la primera empresa española dedicada exclusivamente al mundo de la fertilidad.

Nuestra apuesta por la innovación nos permite aportar soluciones avanzadas a los especialistas de reproducción asistida y a sus pacientes.

Fertypharm es el primer laboratorio que ha incorporado en sus formulaciones los **Probióticos**, que actúan de forma directa contribuyendo en la mejora de la salud reproductiva.

probióticos

FertyBiotic

BALANCE RESTORE

El abordaje con **probióticos orales** que contribuye a mejorar la **fertilidad de la pareja** en procesos de **reproducción asistida**.

FertyBiotic

La primera gama de **complementos con probióticos** que contribuye a mejorar la **fertilidad femenina, masculina** y a favorecer todas las etapas del **embarazo**.

