

➤ *La fecundación asistida. «La napro» es un método más eficaz, económico y católicamente correcto. Pero molesta a los lobbies de las probetas. Su índice de éxito es doble respecto al de la fecundación asistida por porcentaje de nacimientos de parejas que siguen los tratamientos, y cuesta once veces menos, pero es realizada por pocos médicos en todo el mundo, está boicoteada por los lobbys de la probeta y es ignorada por los sistemas sanitarios nacionales.*

❖ Cfr. ¿Fecundación asistida? «La napro» es un método más eficaz, económico y católicamente correcto. Pero molesta a los lobbies de las probetas.

Fuente: Religión en libertad, 4 agosto 2013

¿Fecundación asistida? La «napro» es un método más eficaz, económico y «católicamente correcto»



Un bebé duerme

Actualizado 4 agosto 2013

Compartir: [!\[\]\(003082e50e3009141f59bd5df831749f_img.jpg\)](#) [!\[\]\(f439ede8735757e3190eab35e168f1de_img.jpg\)](#) [!\[\]\(f5c165e0bd35116675db6686a30b1fea_img.jpg\)](#) [!\[\]\(8eeb5cc52b4d0f9a4ccc73b2d771855c_img.jpg\)](#) [!\[\]\(d339191bc3bc55555af8e02f21021073_img.jpg\)](#) [!\[\]\(00c8dfb23d6b000feab61fe21d82fc94_img.jpg\)](#) | [!\[\]\(f8b32c2cf165c98e2285e4ab26fe3e2c_img.jpg\) Imprimir](#) | [!\[\]\(1acda06f55eb465c20e92268c44436f1_img.jpg\) Corregir](#) | [!\[\]\(22b422ec279dc1f8196f0a527f327561_img.jpg\) Enviar](#) | [Comentar](#) **1**

Rodolfo Casadei / Tempi



Su índice de éxito es doble respecto al de la fecundación asistida por porcentaje de nacimientos de parejas que siguen los tratamientos, y **cuesta once veces menos**, pero es realizada por pocos médicos en todo el mundo, **está boicoteada por los lobbys de la probeta** y es ignorada por los sistemas sanitarios nacionales.

La naprotecnología nació en los Estados Unidos y llegó a Europa hace unos años, pero sigue enfrentándose al prejuicio que la considera un enfoque confesional a la medicina, condicionado por dogmas religiosos. Nada más lejos de la realidad. Es verdad que la práctica de la naprotecnología **es rigurosamente conforme a la bioética católica**; pero se ha demostrado que su enfoque del problema de la esterilidad es científica y **clínicamente más riguroso** del que se practica en el ámbito de la fecundación asistida. Y por esto al final es también más eficaz: lo confirman las estadísticas.

❖ Diferencia entre una y otra

«La diferencia entre la naprotecnología y la fecundación in vitro consiste en el hecho de que en la primera la cuestión fundamental es el diagnóstico de las causas de infertilidad, se busca una explicación médica de porqué una pareja no consigue procrear y, por tanto, **se intenta eliminar el problema y “ajustar” el mecanismo natural**, volviendo a darle su armonía», explica Phill Boyle, el ginecólogo irlandés que imparte, en una clínica de Galway, los cursos de formación en naprotecnología para médicos de toda Europa.

«En el procedimiento in vitro, en cambio, el diagnóstico de las causas no tiene importancia, **los médicos quieren sencillamente “burlar el obstáculo”**, llevando a cabo una fecundación artificial. En la naprotecnología, el tratamiento resuelve el problema de la pareja, que después puede tener otros hijos. Sin embargo, con el método in vitro, **los cónyuges no se curan y siguen siendo una pareja estéril**, y para tener más niños deberán siempre confiar en un laboratorio».

«**La naprotecnología es la verdadera fecundación asistida**», ironiza Raffaella Pingitore, la ginecóloga más experta en dicho método en el área de lengua italiana, y que realiza en la clínica Moncucco de Lugano (Suiza). «En el sentido que **asistimos a la concepción desde el principio hasta el fin**, es decir desde la fase de individuación de los marcadores de fecundidad en la mujer hasta las intervenciones farmacológicas y/o quirúrgicas necesarias para permitir **que la pareja llegue de un modo natural a la concepción**».

❖ Conjunto de técnicas diagnósticas

El nombre deriva del inglés “natural procreation technology”, tecnología de la procreación natural. Más que una tecnología es un conjunto de técnicas diagnósticas e intervenciones médicas que tienen como objetivo **individuuar la causa de la infertilidad y su puntual eliminación**. Se empieza con las tablas del modelo Creighton, que describen el estado de los biomarcadores de la fecundidad durante todo el ciclo menstrual de la mujer y que se basan, principalmente, en la observación del estado del flujo vaginal, realizado por la mujer misma. El pilar que sostiene toda la naprotecnología es la capacidad de observación de sí misma que tiene la mujer: para ello, se la forma en la parte inicial del recorrido. Las tablas correctamente rellenas, con el estado del flujo vaginal día a día y los otros datos, son la base de todos los pasos sucesivos. A partir de aquí ya es posible diagnosticar carencias hormonales, insuficiencias lúteas y otros problemas que se pueden tratar con la administración de las hormonas que faltan. Si la infertilidad persiste, se continúa con el examen detallado del nivel de las hormonas en la sangre, la ecografía de la ovulación y la laparoscopia avanzada. Pueden ser necesarias, entonces, intervenciones de microcirugía de las trompas o de laparoscopia avanzada para extirpar las partes dañadas por la endometriosis. El resultado final es un porcentaje de nacidos vivos entre el 50 y el 60 por ciento del total de las parejas que realizan el tratamiento durante un máximo de dos años (pero la mayor parte concibe en el primer año), contra una media del 20-30 por ciento que recurre a los ciclos de fecundación in vitro (en general, seis ciclos).

❖ La negligencia de los médicos

«Una de las cosas que más me escandaliza es la difundida **negligencia en el diagnóstico de las causas de infertilidad**», explica Raffaella Pingitore.

«Hoy, después de unos pocos análisis pragmáticos, se dirige a la mujer a los centros de fecundación asistida. Hemos llegado al punto que, hace unos años, la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva declaró la insuficiencia lútea como inexistente, porque no podía ser diagnosticada “científicamente”. Pero sí que **podemos diagnosticarla implicando a la mujer y pidiéndole que observe y describa a diario** el estado de su flujo vaginal, procedimiento que nos permite diagnosticar la insuficiencia lútea. Esto para muchos médicos es impensable: se limitan a una extracción en el vigésimo primer día del ciclo menstrual para medir el nivel de progesterona. Pero **sólo el 20 por ciento de las pacientes tiene un ciclo perfectamente regular**, por lo que el dato obtenido de la extracción se diagnostica casi siempre como inútil».

«En los Estados Unidos, en Omaha, en el Estado de Nebraska, iban a visitar al doctor Thomas Hilgers, el verdadero creador de la naprotecnología, mujeres a las cuales se les había descartado la endometriosis tras una laparoscopia. Pero realizando una laparoscopia avanzada se descubría que **en el 90 por ciento de los casos la endometriosis sí existía**. A mí a menudo me ha sucedido lo mismo. Una laparoscopia avanzada debería ser una práctica estándar en los test de esterilidad, pero al tratarse de una intervención quirúrgica, la hostilidad hacia ella es grande».

Que el hecho de recurrir de manera indiscriminada a la fecundación asistida es paralelo a la negligencia diagnóstica se deduce también por el elevado número de pacientes que recurren con éxito a la naprotecnología después de ciclos fracasados de fecundación in vitro. El doctor Boyle afirma que en los últimos seis años, en el grupo de pacientes con edad inferior a los 37 años que ya habían intentado dos ciclos de fecundación asistida, el porcentaje de las que han concebido gracias al método de procreación natural ha sido del 40 por ciento. Raffaella Pingitore cuenta su experiencia personal: «La paciente tenía 36 años y deseaba un embarazo desde hacía ocho años; se le habían realizado en el pasado cinco ciclos de fecundación asistida sin éxito. Le hice registrar la tabla de los marcadores de fertilidad y observamos que tenía una fase satisfactoria de flujo fértil, pero unos niveles hormonales un poco bajos, lo que indicaba una ovulación un poco defectuosa. También tenía síntomas de endometriosis; le realicé una laparoscopia, encontré la endometriosis y coagué los focos de endometriosis en el útero, ovarios y trompas. La sometí a una terapia para que estuviera en menopausia durante seis meses: de este modo se secaban bien todos los focos de endometriosis que tal vez aún quedaban. Tras esta terapia continué con un fármaco, el Antaxone, con dieta y con el apoyo de la fase lútea con pequeñas inyecciones de gonadotropina. Esto aumentó el nivel de hormonas y en el cuarto mes de tratamiento se había alcanzado un flujo muy bueno. En el decimoséptimo día después de la ovulación realizamos el test de embarazo, que resultó positivo».

❖ Costes y beneficios

El escrúpulo del profesional éticamente motivado puede más que las técnicas artificiales. Lo demuestra la anécdota de la doctora Pingitore y lo demuestran las estadísticas del doctor Boyle. En Irlanda, en el arco de cuatro años, el ginecólogo curó a 1.072 parejas que deseaban un hijo desde hacía más de cinco años. La edad media de las mujeres era de 36 años, y casi un tercio de ellas ya había intentado tener un hijo con la fecundación in vitro. Tras seis meses de tratamiento naprotecnológico, la eficacia del método fue del 15,9 por ciento. Tras un año, del 35,5 por ciento;

tras un año y medio, el 48,5 por ciento de las pacientes se había quedado embarazada. Si el tratamiento duraba dos años, casi el 65 por ciento de las pacientes se quedaba embarazada. Sobre una base de pacientes mucho más pequeña, la doctora Pingitore, en el bienio 2009-2011, obtuvo una media de 47,3 por ciento de embarazos. En los Estados Unidos (país donde no están vigentes leyes que limitan el número de embriones fecundados que pueden ser transferidos al útero), los índices de la fecundación asistida tras seis ciclos son los siguientes: 30-35 por ciento para mujeres con edad inferior a los 35 años; 25 por ciento para mujeres entre los 35 y los 37 años; 15-20 por ciento para mujeres entre los 38 y los 40 años; 6-10 por ciento para mujeres con edad superior a los 40 años.

Después tenemos la cuestión, para nada secundaria, de los costes, si bien en Italia se discute poco sobre ella porque, aparte del copago, el gasto corre a cargo de la sanidad pública. En tiempos de austeridad y de efectos deletéreos de la deuda pública, sin embargo, debería también tener un valor en nuestro país la relación gasto/eficacia. Por tanto, resulta que si comparamos los costes de dos años de tratamiento naprotecnológico con los seis ciclos de fecundación asistida, la segunda cuesta once veces más que el primero. Un único ciclo de fecundación in vitro cuesta alrededor de 3.750 euros, más 1.000 euros de medicación, por lo que seis ciclos costarían 28.500 euros, a los cuales hay que añadir otros 800 para la congelación y el mantenimiento de los embriones y 1.200 para la transferencia de los mismos, por un total general de 30.500. En cambio, incluso alargando el tratamiento naprotecnológico a dos años, los costes son modestos: 300 euros para el curso de formación en los métodos naturales, 800 para las visitas médicas y 1.500 para los medicamentos, por un total de apenas 2.600 euros. Probablemente, los parlamentos y los ministros de Sanidad de los países europeos no son muy sensibles a los temas bioéticos, pero difícilmente podrán fingir sordera antes las peticiones de verificación de la relación costes/beneficios entre los dos métodos.

«**La naprotecnología está destinada a difundirse, aunque sólo sea por un tema vinculado a los costes**, en los cuales se calculan también los efectos colaterales de la práctica de la fecundación asistida: no nos olvidemos que los niños que nacen con esa técnica tiene más probabilidad de malformaciones y problemas de salud que los que nacen de manera natural», recuerda Raffaella Pingitore.

«Sin embargo, primero **es necesario derrotar al lobby de la procreación asistida**. Es un lobby supermillonario, que enriquece a centenares de personas y que no dejará fácilmente que se le ponga el bastón entre las ruedas».

Traducción al español de Helena Faccia Serrano

www.parroquiasantamonica.com

Vida Cristiana