

ASPECTES MÈDICS DE LES NOVES TECNOLOGIES EN REPRODUCCIÓ HUMANA**PERE N. BARRI**

Departament d'Obstetrícia i Ginecologia, Institut Dexeus, Barcelona

INTRODUCCIÓ

Pocs temes d'informació mèdica han suscitat una polèmica pública de tal magnitud com ha succeït amb els que fan referència a les noves tècniques de reproducció. Probablement això és perquè afecten un tema d'interès general com és la salut, i, per altra banda, perquè canvien una cosa tan simple i alhora tan clàssica com és la manera de reproduir-se. Tanmateix, els metges no plantegem aquesta tecnologia com una alternativa per substituir la reproducció clàssica, sinó com un remei al creixent problema d'esterilitat que afecta l'espècie humana.

S'admet que un 15 per cent de les parelles en edat fèrtil són estèrils. Les raons d'aquest augment de l'esterilitat són diverses: estrès, difusió de les malalties de transmissió sexual, efectes secundaris de determinats mètodes anticonceptius, complicacions d'interrupció de l'embaràs efectuades en condicions precàries, i la tendència actual a endarrerir el primer embaràs. Tot això fa que l'esterilitat sigui un fenomen en augment, que s'ha vist acompanyat d'una disminució en el nombre de nens disponibles per a adopció, molt possiblement a causa d'una major acceptació social de la mare soltera, i d'una difusió dels sistemes anticonceptius i de l'avortament.

Hi ha qui argumenta que els tractaments d'infertilitat no són necessaris, donat que ja hi ha massa nens en el món. Però s'ignora que fins i tot en societats superpoblades la negació a la descendència causa gran inquietud. És en aquest sentit que convé recordar que l'Organització Mundial de la Salut va declarar que cada parella té dret a establir una família i cal que se li doni suport.

INDICACIONS I RESULTATS DE LES DIVERSES TÈCNIQUES

Encara que les possibles tècniques són molt diverses, ens referirem concretament a tres que ja són d'ús comú en el nostre país: inseminació artificial amb semen del marit (IAM), inseminació artificial amb semen de donant (IAD) i fecundació in vitro (FIV).

Inseminació artificial amb semen del marit (IAM)

Aquesta tècnica consisteix en la intervenció mèdica per tal de dipositar el semen del marit en la vagina, en el coll uterí o en l'interior de la cavitat de l'úter o matriu. Les indicacions que duen el metge a aconsellar la pràctica d'aquest tipus d'inseminació acostumen a ser:

– Impotència de l'home, el qual, en no aconseguir la correcta erecció, és incapaç d'introduir el penis en la vagina, cosa que impossibilita que es produeixi l'ejaculació o col·locació del semen en el fons de la vagina d'una manera adequada.

– Vaginisme de la dona; la seva vagina, normalment constituïda, no accepta rebre el penis erètil.

– Anomalies anatòmiques de l'home o de la dona (hipoplàsia vulvar, hipospàdies, etc.) que fan impossible la pràctica d'un coit fecundant.

– Alteracions del coll uterí de la dona que no segrega el moc adient per rebre correctament els espermatozoides de l'home.

– Alteracions en el semen que, per una reducció del volum o del nombre i motilitat dels espermatozoides, no reuneix les condicions suficients per a la fecundació.

– Incompatibilitat moc-semen que es produeix en determinats casos, en els quals la presència d'anticossos en el moc endocervical de la dona o en el plasma seminal de l'home, fa que els espermatozoides perdin progressió i per tant es dificulta o impedeix l'aproximació i posterior penetració de l'òvul.

Inseminació artificial amb semen de donant (IAD)

En aquesta tècnica, la inseminació es duu a terme utilitzant semen d'un donant habitualment anònim. El semen congelat és emmagatzemat en els denominats «bancs de semen», en els quals es classifica d'acord amb el fenotip (característiques físiques) del donant.

Els donants de semen, per tal de ser admesos en un «banc», passen un seguit de controls per descartar que no siguin portadors de malalties hereditàries (cromosòmiques, metabòliques, etc.) o adquirides (sífilis, sida, etc.). Amb tot, quan d'un donant s'ha obtingut un determinat nombre d'embarassos, aquest és refusat definitivament per tal d'evitar problemes de consanguinitat.

Les indicacions per a les quals els clínics aconsellem la pràctica d'una inseminació amb semen de donant, acostumen a ser:

– Esterilitat masculina irrecuperable. Es tracta d'homes que presenten greus alteracions en el seu semen, cosa que els fa totalment estèrils. Malgrat els notables avenços en andrologia (ciència que estudia i tracta l'esterilitat masculina), segueixen existint casos irrecuperables que precisen d'un «banc de semen» per aconseguir un embaràs.

– Incompatibilitat Rh. En casos en què, per qualsevol causa, la dona es trobi sensibilitzada enfront un probable Rh (+) de l'home, serà imprescindible la pràctica d'una inseminació amb semen de donant Rh (-).

– Anomalies cromosòmiques transmissibles. En determinades ocasions podem trobar-nos amb un home que sigui portador d'anomalies cromosòmiques que transmetrà a la seva descendència. Semblaria lògic comprendre la necessitat que existeix en aquests casos d'efectuar una inseminació amb semen d'un donant sa.

Fecundació in vitro (FIV)

El terme fecundació in vitro significa que el procés normal de fusió entre l'òvul i l'espermatozoide té lloc en el laboratori, en comptes de fer-ho en la porció externa de la trompa de Fal·lopi de la dona.

Indicacions de la FIV

- Esterilitat femenina deguda a problemes insolubles en les trompes de Fal·lopi, ja sigui per processos infecciosos o quirúrgics, o bé per prèvia esterilització.
- Esterilitat masculina secundària deguda a una reducció en el nombre d'espermatozoides, sempre que aquests mantinguin uns acceptables nivells de motilitat.
- Esterilitats d'origen immunològic degudes a una incompatibilitat entre el semen i el moc endocervical. En aquests casos, en saltar la barrera cervical facilitem el contacte entre els gàmetes i la seva possible fusió.
- Esterilitats sense diagnòstic. Determinades parelles estèrils no revelen, després de realitzar un acurat estudi, cap causa que expliqui la llarga evolució de la seva mancança reproductiva. En aquests casos, la pràctica d'un test de FIV pot ser d'una gran utilitat diagnòstica i terapèutica.

Fecundació in vitro «clàssica»

Denominem clàssica aquella FIV que s'utilitza per qualsevol de les anteriors raons sense sortir de l'àmbit d'una parella estèril concreta. És a dir, fem servir oòcits de la dona per a unir-los amb els espermatozoides de l'home, i els embrions obtinguts són transferits a l'úter de la pròpia dona.

Fecundació in vitro «modificada»

No tots els casos d'esterilitat són fàcilment encasellables i susceptibles d'una FIV clàssica, sinó que existeixen una sèrie de supòsits que requereixen que modifiquem la tècnica clàssica en favor d'obtenir una gestació a terme. Quins són els supòsits?

Donació de gàmetes. És possible que ens arribi, per tal de ser tractada amb FIV, una parella en la qual, a més de tenir la dona les trompes obstruïdes, l'home presenti una azoospermia (manca d'espermatozoides), o bé la dona presenti una falla en els seus ovaris que impossibilita la producció i obtenció d'òvuls vàlids per a FIV. En aquests casos, l'ús de semen d'un «banc de semen» o d'òvuls procedents d'una donant permetrà probablement suplir la manca de gàmetes i obtenir així el desitjat embaràs.

Congelació d'embrions. No és infreqüent en un programa FIV obtenir un determinat nombre d'òvuls i embrions que erròniament s'han vingut anome-

nant «sobrers», ja que en algunes ocasions podem disposar de 7-8 embrions i no en transferirem a l'úter de la dona més de 4. Si no ho fem així, disminuïrem les possibilitats d'embaràs i, si ho fem, augmentarem el risc d'embarassos múltiples. Els embrions «sobrers» poden ser congelats a -197°C sense cap risc, i si la dona no queda gestant en aquest intent, li poden ser transferits dos o tres mesos després, sense la incomoditat que representa la pràctica d'una punció fol·licular.

Donació d'embrions. Se'n pot preguntar: què passa quan a una dona de la qual s'obtenen sis embrions, se n'hi transfereixen tres, se'n congelen els altres tres i la dona queda gestant de trigèmins, que arriben a terme sense problema? Efectivament, aquesta parella pot ser que ja no desitgi aquells embrions congelats que van «sobrar». Pensem que aquests embrions poden ser cedits a una altra parella que no hagi aconseguit obtenir embrions propis, és una forma d'adopció prenatal que ja s'ha donat a Austràlia i que, com una mostra més de solidaritat humana, sempre que no hi hagi pel mig tracte econòmic, ens pot semblar èticament acceptable.

Cessió d'úters. En aquests casos, una parella confia els embrions obtinguts dels seus propis gàmetes per ser transferits a l'úter d'una receptora que, amb les mateixes premisses de l'apartat anterior, es presta voluntàriament i desinteressadament a gestar aquells embrions per tal de cobrir així l'absència de la matriu de la dona que proporciona els òvuls.

Desviacions de la FIV. Les esmentades modificacions de la FIV són medicament necessàries, ja que aquests supòsits que presentem són freqüents en la pràctica ginecològica diària. Per això, penso que han de ser jutjats amb una ment àmplia i comprensiva, per poder així valorar els seus condicionaments ètics.

Tanmateix, existeixen una sèrie de cabrioles científiques que tècnicament són o poden ser possibles, però que no estan justificades des d'un punt de vista assistencial i humà. En aquest apartat inclouríem una sèrie de tècniques de les quals únicament farem esment, tals com són: el clonatge, l'ectogènesi, els fills uniparentals i les manipulacions no justificades.

PROGRÉS I TÈCNiques DE REPRODUCCIÓ ASSISTIDA

Hem assistit en els darrers anys a un intens desenvolupament en matèria de les denominades tècniques de reproducció assistida. Nombroses han estat les ocasions en les quals he justificat aquestes tècniques, entenent que l'esterilitat és una malaltia i que, com a tal, ha de ser tractada.

Com també succeeix en d'altres disciplines, el progrés tecnològic, que en si no és ni bo ni dolent, cal que sigui controlat per aquells que en seran els seus usuaris, per tal que de la seva aplicació s'obtingui el màxim benefici per a la societat. Entenc que aquest benefici social, en termes de salut reproductiva, constitueix la raó de ser de la investigació en aquest camp de la medicina.

Probablement, pocs temes de salut hauran suscitat tanta controvèrsia social com la derivada de l'aplicació d'aquestes tecnologies de reproducció assistida. Hi ha hagut opinions que s'han situat obertament en contra; recordem el document vaticà publicat sobre aquestes tècniques, moltes vegades sense conèixer les diverses facetes que el problema de l'esterilitat conjugal planteja. Mai els metges hem plantejat aquestes tecnologies com una «reproducció alternativa a voluntat», sinó que sempre hem repetit que les entenem com un tractament mèdic més, que pretén resoldre l'apressant problema d'esterilitat que afecta un 13 per cent de les parelles espanyoles en edat fèrtil, les quals desitgen de tenir un fill, i no poden tenir-lo.

Penso que en els darrers anys molts han estat els qui s'han apuntat a la guerra dialèctica que aquestes tecnologies han despertat. Tots han deixat sentir la seva veu: polítics, juristes, religiosos, científics, etc., però en les habitualment encertades opinions de tots ells, sempre he trobat a faltar l'opinió de la parella estèril. És molt fàcil decidir per aquestes parelles sense conèixer-les, ni haver parlat mai amb elles. És, al meu entendre, injust deixar les parelles estèrils catòliques abandonades a la dualitat existencial que comporta l'haver de decidir entre atemptar contra la seva religió o viure sense fills.

Se'm dirà que l'adopció és una solució; quan sabem que no arriba al 10 per cent el nombre de parelles que desitgen adoptar un fill i ho aconseguen.

Acceptem que l'esterilitat és una malaltia «in crescendo» que pot ser tractada i corregida en un bon percentatge de casos, i no deixem en l'oblit l'opinió de les persones que la pateixen.

Assentada ja la premissa del concepte de l'esterilitat com a malaltia, subscriuré amb tots vostès que el futur tecnològic que tenim davant nostre em preocupa. Amb tot, confio en l'home i crec que com a tal sabrà ser amo d'aquest progrés per controlar-lo i convertir-lo en un eficaç servidor de la pròpia vida.

Existeixen actualment dues tendències; una, anomenem-la «tecnicista», en què tot allò que fóra nou seria bo, que acceptaria qualsevol innovació tècnica en nom de les possibilitats terapèutiques que de la seva utilització es podrien derivar. Vegem com apareixen termes semàntics com «pre-embrió» per diferenciar l'embrió en els seus primers dies d'aquell que ja n'ha ultrapassat els catorze, considerant que el denominat pre-embrió pot ser objecte d'experimentació i terapèutica. Per a mi, aquest concepte de pre-embrió, és un concepte utilitarista que situa el zigot humà en un espai d'ètica diferent segons el moment.

Existeix una altra tendència afortunadament més «humanista», amb la qual coincideixo quasi per complet, que sense posar-se d'esquena al progrés li exigeix que vagi destinat al benefici de la pròpia societat. Aquesta tendència entén que l'embrió humà, prescindint dels seus dies de vida, mereix tot el respecte que els homes com a espècie vulguem donar-nos. Acceptem que no tots els embrions arriben a individu adult, sense oblidar que qualsevol home o dona també van ser, en el seu moment, un minúscul embrió.

De l'intercanvi d'informació i opinions entre ambdues postures ha de sorgir «l'enteniment» que potencii el progrés justificat, però, com diu Testart: «sense prometre la felicitat mitjançant l'artifici il·limitat».

M. A. BROGGI

Moltes gràcies, Dr. Barri: veiem que, pels problemes de decisions que ens ha explicat, és convenient una anàlisi aprofundida. Com fer-la?, en què basarla, ens quins fonaments i en quins procediments? Aquestes són preguntes que feren néixer la bioètica.

I per a exposar-nos-ho tenim entre nosaltres el Dr. Abel. Jo, quan l'any 1989 creia haver descobert la bioètica pel meu compte, el que sí vaig descobrir és persones com ell, que m'ensenyaren més que moltes lectures. Per què? Primer, perquè ell concentrava una barreja de teoria i pràctica difícil de trobar aleshores i ara, i segon, perquè portava a sobre un pòsit d'experiència d'un gruix enorme. És un dels pioners de la bioètica des del seu començament en el Kennedy Institut. És doctor en Medicina, ginecòleg, sociòleg, teòleg. Director de l'Institut Borja de Bioètica des de l'any 1975 i assessor del Comitè d'Ètica de l'Hospital de Sant Joan de Déu. És a dir, s'ha dedicat a la bioètica des de fa més de 20 anys. Sempre he dit que era *el corredor de fons de la bioètica*. Però, tercer, i sobretot, perquè es pot aprendre de la seva predisposició al diàleg. Havermas diu que, més que el diàleg, allò important és la predisposició a ell. Doncs bé, el Dr. Abel és un exemple de com posar el bagatge ideològic de cadascú; ell és jesuïta, al servei del diàleg, i no a l'inrevés. I d'això, n'hem d'aprendre tots.

D'aquí que hagi format part de tantes comissions lligades amb els problemes que tractem avui: la de Reproducció assistida de la Conselleria, i de la homònima del Congrés de Diputats, de la Comissió Assessora de Bioètica del Departament de Sanitat, etc.

A ell, doncs, li demanaria que ens donés una visió de conjunt dels problemes ètics que desencadena la manipulació genètica, en la recerca i en la clínica; com el diàleg ètic pot esdevenir una categoria d'anàlisi oberta sobre els límits d'acció, és a dir sobre la responsabilitat; quines són les bases i els instruments d'aquest diàleg; i quin creu que és el seu futur.