

# UNIDAD DE FERTILIDAD DE AGRUPACIÓN CLÍNICA (UFAC): TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD. DETALLE DEL PROTOCOLO EXPLICADO A TRAVÉS DE UNA MUESTRA DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Concepción Medialdea Fernández, Jose Ángel Mínguez y César David Vera Donoso.

## Resumen

En la Consulta de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos dentro del **Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF)**<sup>1</sup> para dos fines: 1) enseñamos a nuestros pacientes los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad cuando no buscan el embarazo porque concurren especiales circunstancias de mucha dificultad y 2) cuando aplicamos nuestro protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, que incluye el aprendizaje por parte de los pacientes y la aplicación por los clínicos del gráfico sintotérmico junto con el tratamiento médico y farmacológico adicional para ayudar al embarazo fisiológico natural. Tratamos de devolver la salud corporal y de apoyarla pero también trabajamos a favor de la responsabilidad procreativa. Son claves en el trabajo de la UFAC el respeto por la vida y por la naturaleza integral del hombre y la utilización de una terminología adecuada. Se muestran detalles del protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en la UFAC a través de una muestra de dos casos clínicos.

**Palabras clave:** métodos de reconocimiento de la fertilidad; área del reconocimiento de la fertilidad; diagnóstico y tratamiento de la infertilidad; terminología adecuada; paternidad responsable; tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad.

<sup>1</sup> El ARF es un área de trabajo y estudio, donde el uso de una terminología adecuada es muy importante para poder transmitir lo esencial cuando enseñamos a reconocer la fertilidad en el sentido de enseñar a reconocer los signos en el cuerpo y en el alma de la persona propios de ser mujer o varón y las notas esenciales de la tarea de paternidad responsable presente o futura. En el contexto de una consulta para el tratamiento de la infertilidad, se trata de trabajar para lograr que los pacientes se posicionen en primer lugar como padres, madre y padre, responsables y que así busquen y quieran lo mejor para su hijo, también para el hijo que están buscando tener. En este contexto, se enseña también el método sintotérmico como herramienta de utilidad a los pacientes y a los especialistas durante el protocolo de diagnóstico y de tratamiento de la infertilidad.

**Concepción Medialdea Fernández.** Farmacéutica especialista en análisis clínicos y en fertilidad y sexualidad humana. Es doctora en ginecología y coordina la Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (AC) donde trabajan en equipo el Departamento de Ginecología, el Departamento de Urología y el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares. **Jose Angel Mínguez.** Médico especialista y doctor en ginecología y coordina actualmente el departamento de ginecología de AC. **César David Vera Donoso.** Médico urólogo, doctor en Medicina y Cirugía y coordina actualmente el Departamento de Urología de AC. [cursos@ivaf.org]

## Introducción

En la Consulta de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos dentro del *Área del Reconocimiento de la Fertilidad* cuando enseñamos a nuestros pacientes los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad al servicio de su co-paternidad responsable para que les sirvan tanto cuando buscan el embarazo como cuando no lo buscan porque concurren circunstancias de mucha dificultad. Y trabajamos también en el *Área del Reconocimiento de la Fertilidad* cuando aplicamos el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad que incluye el aprendizaje por los pacientes y además la aplicación por los clínicos del gráfico sintotérmico junto con el tratamiento médico y farmacológico adicional para ayudar al embarazo fisiológico que acontece como fruto de las relaciones sexuales. Tratamos de devolver la salud corporal y de apoyarla pero también trabajamos a favor de la responsabilidad procreativa porque la procreación humana comprende y precisa de la fisiología pero también del amor y de la responsabilidad. Procuramos que nuestros pacientes se posicionen desde el primer momento como esposos y padres, que busquen lo mejor para su hijo y para su esposo o esposa. Les ayudamos a reconocer su co-fertilidad y también su tarea de co-paternidad responsable. La coordinación de la UFAC corre a cargo del IVAF que es canal de comunicación y mediación entre departamentos y con los pacientes con quienes procura y facilita un mayor acompañamiento y cercanía vía e-mail.

El IVAF atiende una consulta para enseñar los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad en Agrupación Clínica de Valencia desde 1997 y durante el quehacer cotidiano se fue constatando la necesidad de ofrecer una atención interdepartamental para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. En 2003 comienzan conversaciones en orden a construirla y a partir de 2005 comienza modestamente la actividad regular de la UFAC con el trabajo en equipo del departamento de ginecología, del departamento de urología y del IVAF sección de fertilidad en quien recae la coordinación de la unidad y con la colaboración puntual de otras especialidades como la medicina psicosomática o el IVAF sección de relaciones familiares. No se reciben muchos casos, pero existe una atención personalizada y cercanía a cada paciente y se aporta un tratamiento clínico razonable para los casos de infertilidad junto con una información particularizada. En un tiempo en el cual domina el tratamiento de la infertilidad desde el área de la salud y sexualidad reproductiva conviene ofrecer *un tratamiento clínico de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad*.

No realizamos, ni derivamos nunca hacia las técnicas de reproducción asistida. Sí que dirigimos a nuestros pacientes hacia algunos tratamientos restaurativos que no realizamos en nuestra unidad<sup>2</sup>. No tenemos prisa y procuramos transmitir serenidad y confianza a nuestros pacientes. No buscamos en primer lugar una alta tasa de embarazos sino una paternidad responsable. La misma satisfacción nos proporciona la ocurrencia de un embarazo que el reconocimiento, por los pacientes, de que lo suyo es otro tipo de paternidad.

## Detalle de dos casos clínicos que muestran nuestro quehacer en la UFAC

1) Resultado de embarazo en un caso muy difícil. Aceptamos casos casi imposibles porque se trata de personas que, en caso contrario, acudirán a la Fecundación in Vitro. El motivo de aceptarlos es ganar un tiempo que empleamos en proporcionar información, facilitar formación, liberar de ansiedad y aportar sentido común. La confianza en Dios nos permite tener una esperanza y transmitirla de que, si Dios

2 1.- Repermeabilización de las trompas de Falopio. Dirigimos a nuestros pacientes a la Clínica Universitaria de Navarra donde realizan dos procedimientos, uno por vía transcervical con catéteres e imagen radiológica (indicado en obstrucciones pseudo obstrucciones por detritus, adherencias etc). La otra opción es la cirugía que tiene unas indicaciones muy precisas. Está indicada para fracaso de la técnica anterior o para obstrucciones localizadas (que no afectan a la totalidad de la trompa). También en caso de hidrosálpinx leve. Los porcentajes de éxito son difíciles de precisar, porque los grupos son muy heterogéneos. En general los casos de daño leve de la trompa pueden llegar a un 50-60% de embarazos. Otra situación sería la cirugía para repermeabilización tras ligadura de trompas. Aquí los factores más importantes son el tipo de ligadura que le hicieron (básicamente si queda trompa sana suficiente o la han dañado en exceso) y la edad de la paciente. Sólo operan las trompas que cumplen una serie de condiciones (longitud >5cm y presencia de fimbrias) La tasa de embarazos es de 85% en mujeres < 35 años y 35% en > 40 años. 2.- Cirugía especializada con láser. Contacto: JA. Mínguez en Clínica Universitaria de Navarra.

quiere, ocurrirá el embarazo y de que si no fuese así a pesar de aplicar las medidas de manejo del gráfico sintotérmico y las terapéuticas y/o medicamentosas razonables es seguro lo que más conviene para ellos y tendrán que buscar y descubrir su camino en otro tipo de paternidad que les hará muy felices. Les ayudamos a posicionarse, desde la primera consulta, como esposos y padres. Ejemplo:

#### Pacientes nº 1:

1ª Visita: 14/10/2010. Casados desde 14/07/2010.

Ella: 43 años, Administrativa. Ningún hijo y ningún aborto previo. Tuvo la menstruación por primera vez a los 14 años pero siempre se retrasaba y siempre estaba esperándola, por lo que recibió tratamiento inyectado de deprivación hormonal cada tres meses para tenerla. Varios años más tarde recibe tratamiento con Progylutón®. Posteriormente la trataron con Progevera® tomada durante una semana regularmente. Y por temporadas la trataron con medicación hormonal combinada. A los 35 años es tratada con Diane® 36 durante 6 meses o más y se logra que menstrúe a partir de entonces, con bastante regularidad. Nos refiere que su madre a los 47 años era ya menopausica.

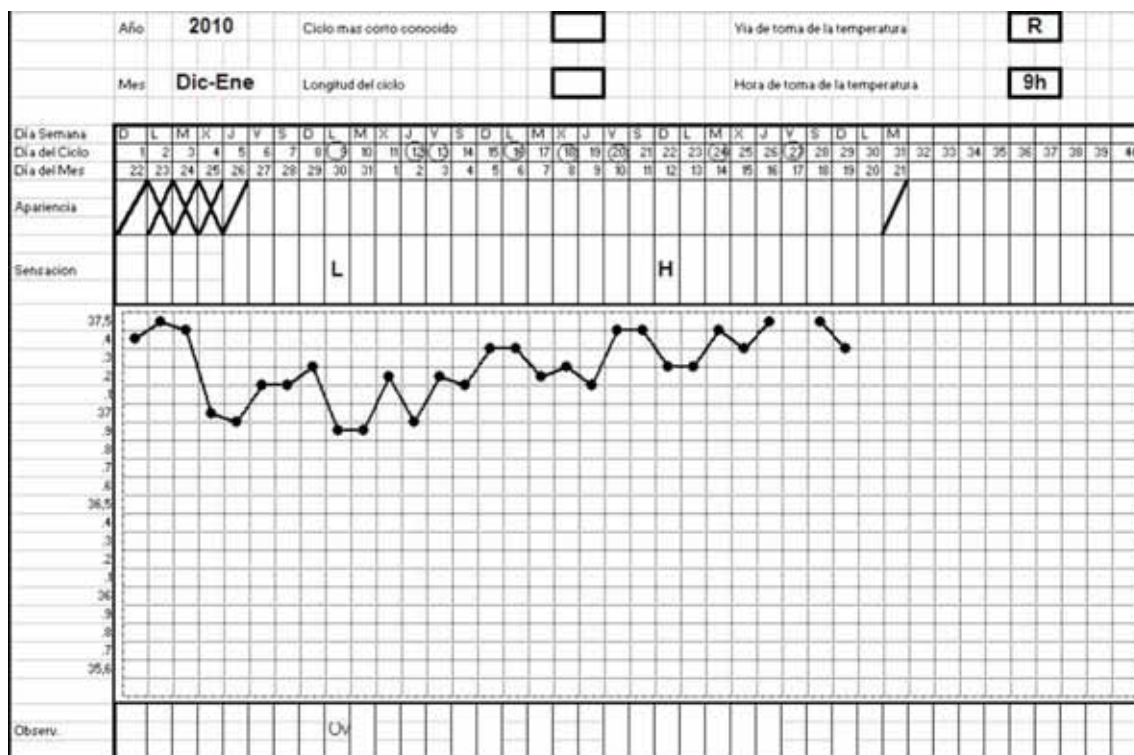
El: 47 años, Mecánico. Ningún hijo. Ningún estudio previo por infertilidad.

Resultado final en la UFAC: Logran el embarazo en Febrero de 2012 y el día 18 de Septiembre de 2012 tienen una niña de 2,680 Kgr. quien nace a las 37 semanas de embarazo, mediante cesárea, porque la madre había sufrido rotura de membrana.

#### *Desarrollo del protocolo de diagnóstico y tratamiento en la UFAC:*

Ella manifiesta en la primera consulta que ya han estado en una consulta de infertilidad en un hospital de Valencia donde le han dicho que por sus antecedentes y edad es imposible que se quede embarazada sin recurrir a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y que le van a llamar para empezar el tratamiento. Vienen a la UFAC porque unos amigos se lo han aconsejado. Ella expresa tajantemente que si no podemos hacer nada, que se lo digamos cuanto antes porque en el hospital si que pueden. El permanece callado y en el curso de la conversación, en la cual les vamos explicando como trabajamos y por qué, da muestras de entender y al final deciden seguir con nosotros durante un tiempo para intentarlo porque a él le parece bien y porque ella, aunque no lo tiene claro, acepta probar.

Cuesta un poco que ella aprenda a observar y a anotar sus signos biofísicos y que se implique, pero va anotando en el gráfico sintotérmico y él la anima. Hemos recogido muchas gráficas de esta paciente porque, una vez que ha aprendido, le gusta hacerlo y no le causa ansiedad, aquí mostraremos 4. Constatamos al inicio, que obtiene gráficos de temperatura bifásicos pero la temperatura alta sube poco con respecto al nivel de temperaturas bajas y presenta caídas y la temperatura de la fase preovulatoria presenta muchos picos. Su temperatura basal es, durante todo el ciclo, muy elevada, se la toma en el recto, pero aún así es más alta de lo habitual. (Fig. 1).

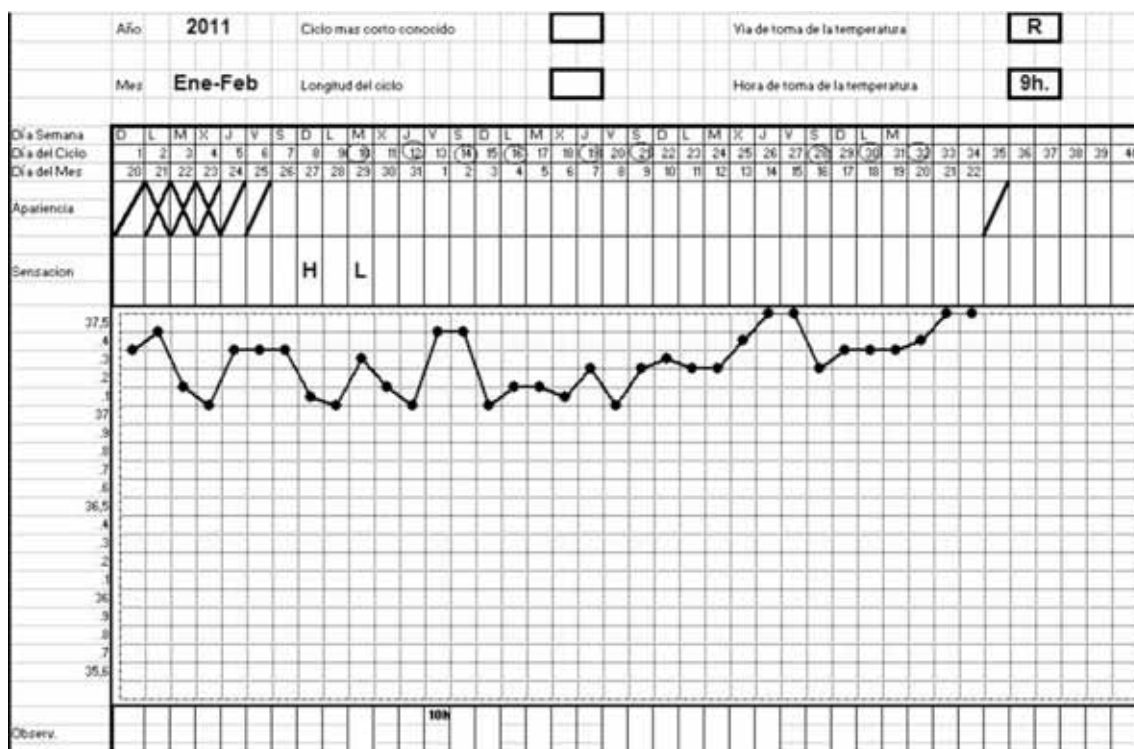


**Figura 1:** gráfica nº 1: tanto los signos biofísicos, moco cervical y temperatura basal, como la fecha de inicio de la menstruación y de comienzo de la siguiente, nos muestran un reflejo del ciclo ovárico de la paciente poco después de su llegada a la UFAC<sup>3</sup>

El 23/12/2010 ella se realiza un primer análisis de hormonas en sangre que ya le habían pedido en el hospital con vistas a la FIV. Vemos en la gráfica anterior que se trata de un análisis de primera fase del ciclo, día 2 del ciclo, obteniendo una tasa de FSH: 5,87 mU/ ml. y una tasa de LH: 5,70 mU/ml. El día 10/01/2011 le proponemos que se realice el análisis hormonal de segunda fase del ciclo y obtiene una tasa de progesterona de 13,44 ng/ml. El se realiza un seminograma y cultivo de semen el día 24/01/2011 con resultado de oligoastenopermia.

Mostramos el siguiente gráfico de la misma paciente donde se confirma que nunca, o casi nunca observa moco cervical. Y que casi nunca percibe sensación de mojada o de lubricada. La temperatura sigue en un nivel demasiado alto, con los mismos picos, se sigue evidenciando un nivel de temperaturas bajas y un nivel de temperaturas altas, si bien mal mantenido (Fig. 2).

<sup>3</sup> Hemos pasado a limpio los datos de las gráficas de las pacientes en una plantilla vacía para mejorar la presentación y facilitar la comprensión del lector. Agrupación Clínica está en C/ Cronista Carreres nº 8 bajo, Valencia y es una policlínica ambulatoria que ofrece muchas especialidades médicas. Una de las sedes del IVAF se localiza en AC.



**Fig.2:** gráfica nº 2: Se confirma el mismo tipo de gráfico y por lo tanto de ciclo ovárico.

El día 28/01/2011 comienza a tomar jalea real diariamente y el 17/02/2011 acuden a la primera visita con el ginecólogo y con el urólogo teniendo ya la primeras gráficas, el análisis hormonal de ella y el seminograma<sup>4</sup> de él y a continuación, en el mismo día, la segunda visita clínica con IVAF para repaso de todos los datos, recoger lo aportado por el ginecólogo, el urólogo y para coordinación posterior que conlleva el seguimiento cercano de los pacientes y el contacto con los especialistas.

Se indica a la paciente tomar Diane 35®. El día 26/02/2011 la paciente acepta con muchas reticencias y comienza el tratamiento con Diane 35® para los siguientes 3 meses. Con ello buscamos lograr reposo ovárico que pueda reactivar y producir un beneficio en el funcionamiento ovárico posterior al tratamiento y mayor posibilidad de lograr el embarazo.

El día 11/03/2011 se le pide que se aplique Dalacin 100® óvulos vaginales porque en citología se revela vaginosis bacteriana. 26 de Mayo de 2011, una vez terminado el tratamiento con Diane 35®, le indicamos tratamiento con Omifin 100® los días 5 al 9 del ciclo y apoyo con progesterona en fase lútea. Además ácido fólico y un complejo vitamínico. A él le proponemos tratamiento con tamoxifeno, vitamina E y complejo vitamínico específico.

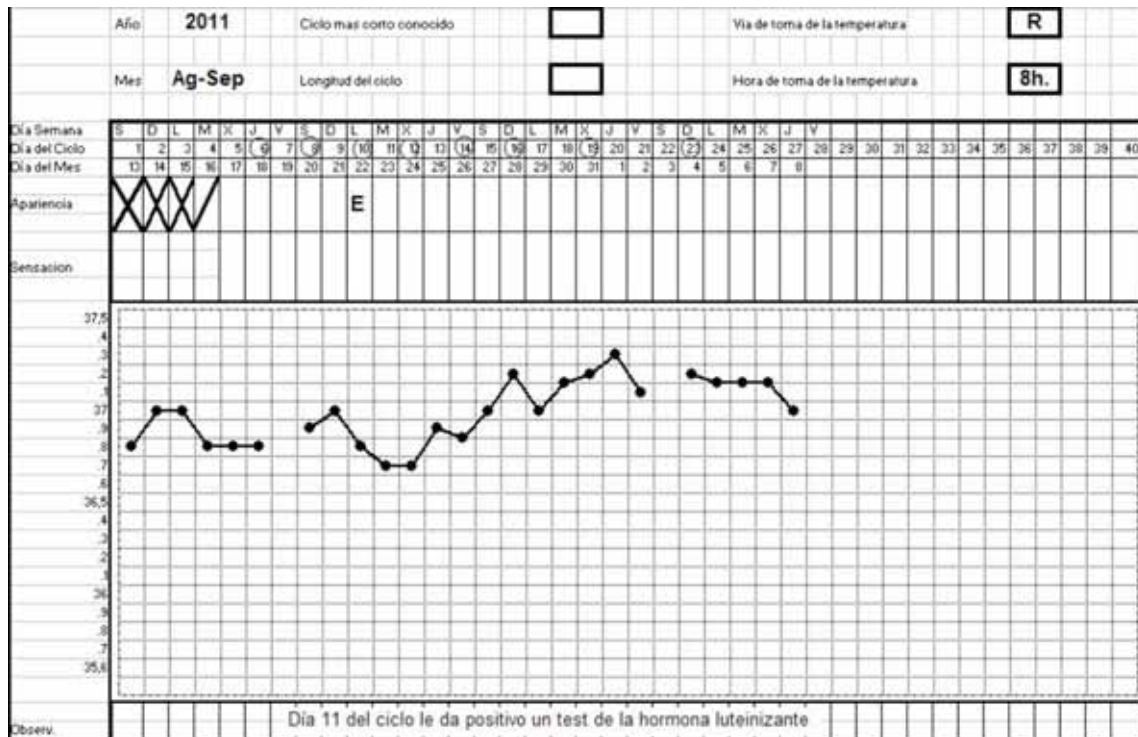
El día 12/06/2011, habiendo confirmado el ascenso térmico en el primer ciclo de tratamiento, ella empieza a apoyar con Progeffik 200® y en adelante en cada ciclo una vez que lo confirmamos. Pero el día 17 de Junio de 2011 va al oculista porque tiene molestias oculares quien le receta Retilut Thea® por detectar un inicio de cataratas. Acuden a consulta para repasar antes del verano y nos damos cuenta de que ella aún no se ha realizado una histerosalpingografía, decidimos que deje el tratamiento con Omifin hasta haberla realizado y que el mes de julio, vacaciones de verano en España, descansen lo más posible, se olvide de llevar la gráfica, se relajen y que sólo tome el Retilut, aceite de onagra 1gr/día y un sobre de Ovusitol ®al día. Le pedimos realizarse un nuevo análisis hormonal de segunda fase del ciclo en el mes de Agosto, a la vuelta de sus vacaciones. El deja también su tratamiento para retomarlo cuando lo

<sup>4</sup> La obtención del semen la realizan durante el acto conyugal según protocolo de la UFAC. Se les recomienda realizarlo cuando ella se encuentra en su periodo infértil posovulatorio confirmado por la temperatura corporal basal. Para la recolección utilizan un preservativo especial para la recogida de la muestra para analizar, distinto de los que se comercializan para uso anticonceptivo.



reinicie ella y sólo sigue con un complejo vitamínico durante el verano.

Se realiza la histerosalpingografía el día 7 de Julio de 2012, antes de irse de vacaciones y se evidencia que la paciente presenta un hidrosalpinx leve en sólo una de las trompas de Falopio. El día 8 de Agosto se realiza el análisis hormonal de segunda fase del ciclo y observamos que la prolactina está algo elevada: 39,09 ng/ml. Desestimamos la cirugía de la trompa, entre otras cosas, por la levedad y por tener la otra trompa en perfectas condiciones. Se le pauta, a partir del siguiente inicio de ciclo, Dostinex 0.5®, Omifin 100®, Auxina E 50® y Progeffik 300 mg/día. Mostramos la gráfica que ha recogido durante el mes de agosto-septiembre (Fig. 3). El retoma el tratamiento con tamoxifeno y además vitamina E 200 y Androferti®.



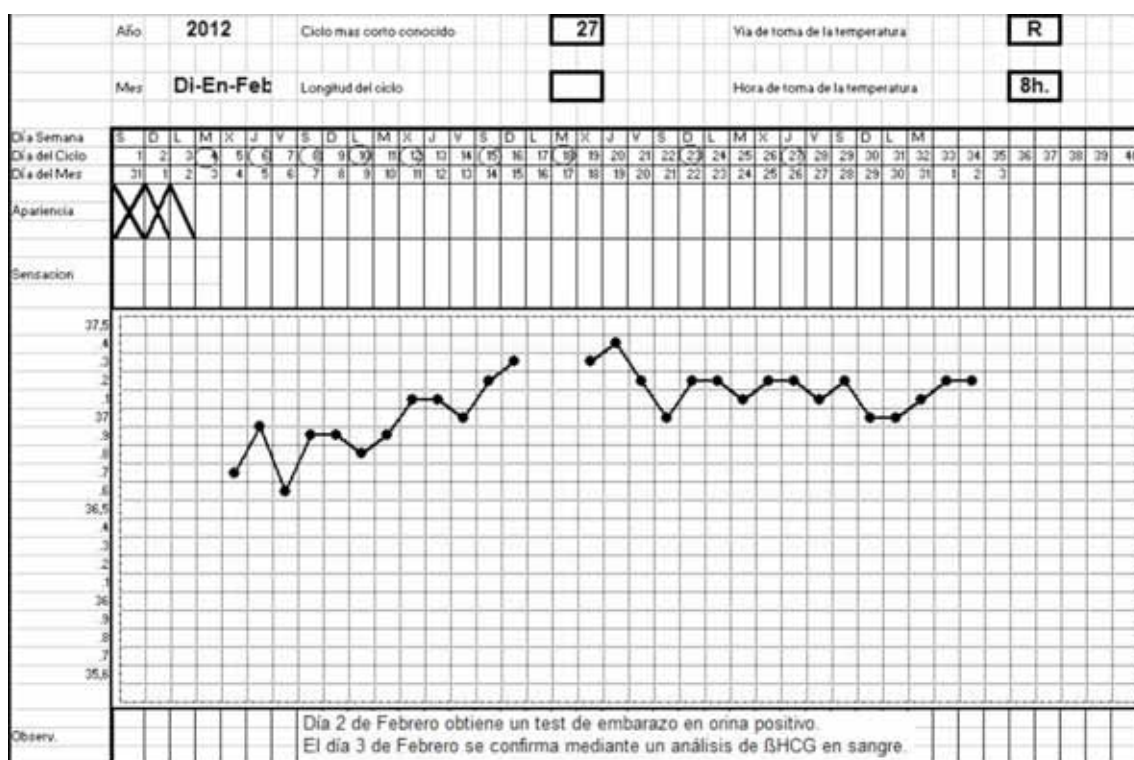
**Fig. 3:** gráfica nº 3: Se observa una clara mejora del ciclo ovárico en esta gráfica de agosto-septiembre que muestra su reflejo. Las temperaturas están más bajas durante todo el ciclo. Tal vez el tratamiento con retilit... La temperatura de la fase lútea se mantiene mejor y ha observado por primera vez moco elástico transparente el día 10 del ciclo. El día siguiente realiza un test de LH en orina y le sale positivo.

Quedamos con ellos para explicarles que recibirán este tratamiento durante 3 meses aproximadamente y que si no ocurriese el embarazo durante ese tiempo o en los meses posteriores al mismo ya no seguiríamos adelante. Les sugerimos que conversen los dos sobre ello, que reflexionen y que recen. Que sigan confiando en que puede ocurrir un embarazo si Dios quiere, pero que contemplen también la posibilidad de no ocurrencia del embarazo y que si fuese así deberán aceptarlo con alegría por ser lo mejor y pensar en otras posibilidades estupendas.

El día 9/11/2011 la paciente sigue adelante con el tratamiento que le hemos indicado, pero nos escribe un e-mail diciendo que están pensando irse a la fecundación in Vitro si no se produce el embarazo. Le mandamos un artículo sobre efectos adversos relativos a los tratamientos de FIV, les explicamos que en su caso sería con donación de ovocitos por su edad y que sería por tanto un hijo biológico de su marido y de otra mujer y les animamos a buscar lo mejor para su hijo que es que su vida se inicie, si Dios quiere, dentro de su madre y como fruto de un acto conyugal de sus padres. Quedamos con ella de forma presencial para explicarle, observando los gráficos, que se nota una mejoría de sus ciclos en la gráfica

nº 3 y que por eso ahora, tal vez, haya más posibilidades de lograr el embarazo si además unimos el tratamiento. Además del mismo, apoya con aceite de onagra 1g/día. Durante la fase posovulatoria apoya con progesterona y toma dos o tres tazas de tila al día.

A inicios de Diciembre, a punto de terminar el tratamiento prescrito en la UFAC, pensamos la posibilidad de darle un antibiótico junto con un antiinflamatorio durante al menos dos meses para tratar la inflamación leve de un oviducto que padece, pero es alérgica a casi todos los antiinflamatorios y a varios antibióticos así que desistimos. En adelante, ella reinicia el tratamiento con solo Retilut®, que había discontinuado en septiembre. Se suceden conversaciones telefónicas, alguna durante más de media hora, para explicarle por qué no deben recurrir a la FIV, para tranquilizarles y animarles (a través de ella que es quien llama siempre) a considerar otras posibilidades. Sólo con atender a su madre que cada vez necesita más ayuda y a su hermana discapacitada a quienes podría dedicarse un poco más tendría su tiempo lleno y su vida plena de sentido. Su marido acepta mejor que ella la situación que les está tocando vivir. Él deja también su tratamiento y toma, desde mediados de diciembre, maca-andina, selenio, zinc y l-carnitina. Ella se revela, acepta, se revela, acepta. Así avanza el mes de Enero y pronto va a ocurrir el embarazo (Fig. 4).



**Fig. 4:** gráfica nº 4: Esta gráfica muestra el ciclo en el que tuvo lugar el embarazo. Nos mandó esta gráfica y le pedimos que realizara un test de embarazo de farmacia. Al obtener el positivo le pedimos un análisis de  $\beta$ HCG en sangre para obtener la confirmación.

El día 2 de Febrero nos manda por e-mail su gráfica, indicamos test urinario de embarazo y tras el positivo le pedimos que se realice un análisis sérico de  $\beta$ HCG. La alegría fue inmensa tras la confirmación. Le indicamos apoyar con progesterona pues no lo estaba haciendo en este ciclo. Nos confesó la paciente que el día del 20 de Enero, fiesta de San Sebastián, patrono de su pueblo y Santo de su marido le pidieron al Santo lograr el embarazo y había ocurrido. El día 20 de Enero hay una bajada de la temperatura la cual se recupera a partir del día 22 (Fig. 4) ¡nunca se sabe! Ha sido un embarazo con mucho seguimiento y algo complicado con una diabetes gestacional, pero con final feliz. Ya han regresado a nuestra consulta para el seguimiento con el gráfico del periodo posparto.

## 2) Resultado distinto del embarazo e igualmente celebrado en la UFAC

### Pacientes nº 2:

1ª Visita: 07/02/2011: Casados desde hace cuatro años y medio.

Ella: 32 años. Especialista en dislexia. Ningún hijo ni aborto previo. En 2007 le diagnostican síndrome de Crohn. En 2008 había sido operada de endometriosis en ovario y trompa de Falopio mediante laparoscopia. Y posteriormente tratada con Zoladex® durante 6 meses. En 2009 le habían realizado una laparoscopia y comprobado que la endometriosis seguía controlada. Viven en otra ciudad y su ginecólogo de dicha ciudad le había tratado, a partir de entonces, con Omifin® del día 5 al 9 de cada ciclo y HCG-Lepori 2500® inyectada el día 13 de cada ciclo. Todo ello sin hacer seguimiento con el gráfico sintotérmico, sin ecografía a mitad del ciclo y sin apoyo con progesterona. A continuación les derivó a tratamiento de FIV. Antes de acudir a la primera consulta de reproducción asistida, su farmacéutica, que es antigua alumna del IVAF, le recomienda venir a la UFAC.

Él: 28 años. Consultor financiero. Ningún hijo. A él no le han realizado antes ningún estudio ni ha recibido ningún tratamiento previo por infertilidad.

Resultado final: Realizan una solicitud de «acogida». Les confían a dos niñas hermanas de 2 y 3 años.

### *Desarrollo del protocolo de diagnóstico y tratamiento en la UFAC:*

Nos refieren que él viaja constantemente y que ella siempre le acompaña. Se trata de viajes a distintos países con mucha frecuencia y ambos se sienten sometidos a bastante stress. Les proporcionamos algunas pautas personalizadas para tratar de disminuirlo. Les explicamos el protocolo de nuestra unidad, y que es lo que no realizamos en ningún caso por criterio ético. Ella suele anotar las fechas de la menstruación y sabe la duración de su ciclo más corto en el último año. Conoce la fecha de la menstruación anterior, la anotan en el gráfico y aprenden a observar y anotar los signos biofísicos moco cervical y temperatura corporal basal. Muy pronto tenemos cumplimentado su primer gráfico sintotérmico que recibimos por e-mail (Fig. 5).

Veremos en esta primera gráfica que la paciente ha anotado sensación de mojada (H) durante 7 días seguidos a pesar que la gráfica recoge sólo la fase posovulatoria de su ciclo. La fase posovulatoria presenta una duración normal, 12 días, pero con una caída térmica el día 15 del ciclo. El ciclo ha durado sólo 23 días. Ello le llama mucho la atención porque no había tenido hasta ahora ninguno de duración menor a 26 días en ciclos sin tratamiento. El stress es mayor ahora, le decimos que podría ser el motivo de las anomalías del ciclo y de la no ocurrencia del embarazo y le animamos a tomar las medidas que le hemos recomendado para disminuirlo porque, si el grado de stress y/o ansiedad es demasiado alto, ello se detecta a nivel cerebral y se puede afectar la implantación<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Kondoh et al. "Stress affects uterine receptivity through an ovarian-independent pathway". Human reprod 2008; 24 (4): 945-953.







normales si bien muy ajustados: 28,7 millones de espermatozoides/ml. En cuanto a la movilidad, de tipo A: 25,3% y A+B: 50%.

El día 14/04/2011 acuden, con los análisis básicos realizados tanto ella como él, y habiendo ya recogido en el gráfico el reflejo de 3 ciclos, a la primera visita con el ginecólogo y el urólogo y a continuación a la segunda consulta clínica del IVAF en la UFAC, todo en la misma tarde. Repasamos las recomendaciones del ginecólogo y del urólogo, la interpretación del gráfico y señalamos las pautas a seguir a continuación, tanto ella como él. Mantenemos un contacto regular, en adelante, en ambas direcciones vía E-mail.

Se le indica a ella tratamiento con clomifeno desde el día 5 al 9 del ciclo y posterior apoyo con progesterona una vez detectado el ascenso térmico hasta que se inicie la menstruación. Además ácido fólico y yodo. A él se le recomienda un complejo vitamínico específico y vitamina E adicional.

En los 4 ciclos siguientes se aplica este tratamiento, Ella ya no anota en el gráfico y sólo se toma la temperatura desde el día 12 del ciclo para comprobar el ascenso térmico antes de iniciar el apoyo con progesterona. Se mantiene el contacto regular por e-mail y en los meses de julio y agosto se procura que ella descanse más y se refuerza el tratamiento con aceite de onagra y vitamina E. Una vez que han transcurrido 4 ciclos con tratamiento para ambos y sin resultado de embarazo les citamos en la consulta para revisar y hablar con ellos.

El viernes 28 de noviembre de 2011 los recibimos por última vez de forma presencial en nuestra consulta UFAC en AC. Les decimos que, en su caso, el stress excesivo nos parece un factor importante, pero nos confirman que no pueden cambiar el estilo de vida por el momento. Mientras que no varíen estas circunstancias no nos planteamos continuar con el tratamiento hormonal. Les animamos diciéndoles que un embarazo puede ocurrir, en su caso, en cualquier momento si Dios quiere y les recomendamos hablar entre ellos, rezar, reflexionar, para poder descubrir que es lo que Dios quiere, en concreto, para ellos. Tal vez podrán variar su estilo de vida en algún momento y se pueda retomar el tratamiento más adelante si es que no ocurre antes un embarazo. Tal vez pueden pensar en la adopción o en una acogida o tal vez pensar en donde podrían dedicar sus energías en beneficio de los demás en sus circunstancias particulares. Lo cierto es que aceptaron muy bien lo que les dijimos e incluso nos comentaron que, durante el tiempo del tratamiento, habían pensado en ello alguna vez. No tenían nada decidido, pero pensaban en ello.

El 11 de Agosto de 2012 recibimos noticias por e-mail: «Les habíamos prometido que escribiríamos este año para contarles la continuación de nuestra historia. Después de 10 meses de proceso para poder tener un niño en acogida permanente, nos llamaron desde la Consellería para preguntarnos si queríamos acoger a dos niñas, hermanas de 2 y 3 años. Aquel día estábamos en Malta y me llamó mi marido por teléfono. Yo estaba tomando un café con mi madre. Notaba que algo serio pasaba por el tono de voz y me preguntó: «¿cuantas mujeres sois en casa ahora?» Yo le contesté «2», refiriéndome a mi madre y a mí. «Bueno» siguió, «ahora seréis 4». De repente, sin esperar mas detalles, me eché a llorar en un llanto de felicidad que no pude contener. Con las lágrimas salieron todas mis angustias que hasta entonces llevaba por años dentro por el hecho de no poder ser madre. No podía creer que el Señor me iba a dar el doble de lo que llevaba años pidiendo. Llevan 10 semanas con nosotros y aunque estamos muy cansados, estamos también muy contentos. Las niñas son muy pequeñitas y dan muchísimo trabajo pero al mismo tiempo son un encanto y llenan nuestros días de felicidad y sonrisas. Si pienso en el tiempo que he perdido dudando del amor del Señor por el hecho de no poder quedarme embarazada... me siento fatal. Esta claro que esta es la historia que el Señor quiso y preparó para nosotros. Y aunque yo nunca me imaginaba esta historia ni la querría, es la historia que hoy llena toda nuestra existencia, la de los cinco, con felicidad. Y finalmente puedo decir ¡soy madre! Un fuerte abrazo».

## ¿Tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad y/o Napro-tecnología?

Quería terminar esta intervención, a modo de conclusión, planteando una cuestión en este foro y dentro de esta área temática: «Un tratamiento clínico de la fertilidad acorde con la paternidad responsable»  
 ¿Todos los que trabajamos en un tratamiento de la infertilidad que incluye la observación de los signos biofísicos del funcionamiento ovárico y aplicando tratamiento médico y/o farmacológico adicional  
 ¿podemos decir que hacemos Napro-tecnología? ¿Podemos todos decir que tratamos la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad? ¿Conviene que usemos una terminología común?

En 2001 publicamos nuestro manual del Curso de Reconocimiento de la Fertilidad para Monitores (CRF Monitores)<sup>7</sup>. Redacté para el mismo los capítulos dedicados a la aplicación de las situaciones especiales, uno de los cuales incluyó la búsqueda de embarazo con un apartado denominado «Tecnología procreativa natural»<sup>8</sup>. Fue así porque durante la preparación de estos capítulos y de los temas básicos para nuestro CRF Monitores a distancia realicé una búsqueda bibliográfica y encontré noticias sobre las actuaciones clínicas en el tratamiento de la infertilidad que por entonces empezaban a ser conocidas como Na Pro tecnología, aunque este término por entonces se empleaba también para referirse a la actuación en la evitación del embarazo<sup>9</sup>. Nos llamó la atención un artículo de Stanford quien planteó con fuerza y acierto la opción de la «*tecnología procreativa natural*» para tratar la infertilidad<sup>10</sup> en el cual dijo que esta aplicación sería probablemente lo primero que entraría en el maremagnum de la medicina reproductiva. Creo que muchos nos quedamos, desde entonces, con la idea de que el término Tecnología Procreativa natural/ Natural Procreative Technology era específico para el tratamiento de la infertilidad y nos gustó. Por otra parte, se habían publicado por entonces algunas aportaciones relativas a esta cuestión en las actas de los symposium internacionales organizados bianualmente en España por las entidades AEPPFN<sup>11</sup> y WOOMB España<sup>12</sup> entre otras. Uno de ellos, el V Symposium Internacional en Regulación Natural de la Fertilidad celebrado en Madrid en 1995, había dedicado uno de sus apartados al asunto «la mujer y la infertilidad» en el cual se presentó la *regulación natural de la fertilidad aplicada al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, otro modo de referirse a ello por entonces fue los métodos naturales para prevenir o potenciar la fertilidad*. Así se refleja en las ponencias de Sánchez-Méndez 1995 y de Callejo y Mir 1995<sup>13</sup> respectivamente<sup>14</sup>.

Actualmente, siguen siendo muchos quienes se refieren a Napro-tecnología cuando quieren referirse concretamente al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad que incluye el uso del gráfico con las anotaciones del moco cervical y/o de la temperatura corporal basal y además tratamiento médico y/o farmacológico adicional.

Cuando nosotros, a partir de 2005, pusimos en marcha la UFAC, con el trabajo en equipo de tres departamentos uniendo fuerzas en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, siendo herramienta esencial el gráfico sintotérmico ya no nos referíamos a ello como Napro-tecnología.

7 Cfr. IVAF. *Curso de Reconocimiento de la Fertilidad*. EIUNSA (2ª), Madrid 2001.

8 C. Medialdea. «Tecnología procreativa natural» En: IVAF. *Curso de...*p. 171.

9 Cfr. Hilgers TW, Stanford JB. «Creighton Model Na pro Education technology for avoiding pregnancy: use effectiveness. J Reprod Med 1998; 6.

10 Stanford JB. «Sex. Naturally». First Things 1999; 11: 28-33.

11 Nos referimos a la Asociación Española de Profesores de Planificación Familiar Natural (AEPPFN).

12 Y a la Asociación Española del Método de la Ovulación Billings, en Inglés: World Organization of the Ovulation Method Billings (WOOMB España)

13 Sánchez-Méndez JI. «Aplicaciones de los métodos de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad». Actas del V Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad, Madrid 1995. Más adelante se publicó en la literatura científica: Sánchez-Méndez JI. «Aplicaciones de los métodos de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad y la infertilidad». Act Obstet Ginecol 1997; 9(5): 237-243.

14 Mir I, Callejo M, Alsina M, Cabré S y Lailla JM. «infertilidad y regulación natural de la fertilidad». Actas del V Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad, Madrid 1995.



Se trataba simplemente de aplicar los MRF como parte del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y añadir tratamiento médico y farmacológico adicional y eso lo hacíamos en nuestra *Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC)*. No estábamos seguros de la conveniencia de usar el término Naprotecnología y explico el motivo.

Lo cierto es que la Napro-tecnología/Napro-technology Oficial cuenta con varios Centros de Cuidado de la fertilidad en varios países y se utiliza como elemento gráfico el Creighton Model y la tecnología NaPro que no está al alcance de todos en su peculiaridad característica. Los profesionales que trabajan en estos centros son profesionales de la salud certificados por la Academia Americana de Profesionales del Cuidado de la Fertilidad. Esta academia también aprueba y acredita los programas de educación y atención en NaProTecnología<sup>15</sup>. Si bien algunas personas certificadas son menos puristas y realizan variaciones como utilizar el método Billings en lugar del modelo Creighton por ejemplo.

En cualquier caso, convendría saber si los promotores de la NaProTecnología están o no de acuerdo en que digamos que ofrecemos Naprotecnología quienes tenemos un protocolo distinto al suyo. Conviene también considerar si conviene que utilicemos una terminología común entre quienes trabajamos en diagnóstico y tratamiento de la infertilidad con distinto protocolo pero teniendo en común como elementos fundamentales 1) la no utilización en ningún caso, ni la derivación, a técnicas de reproducción asistida, 2) la utilización del gráfico de alguno de los métodos de reconocimiento de la fertilidad como herramienta principal de trabajo y 3) el tratamiento médico y farmacológico adicional en orden a mejorar la función fértil y aumentar la posibilidad de lograr un embarazo fisiológico fruto de las relaciones sexuales.

Y en tal caso ¿cuál sería la terminología más conveniente ¿Tal vez *Tecnología procreativa natural*? O ¿tal vez *Tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad*?

Nosotros somos partidarios de utilizar los términos «Métodos para reconocer la fertilidad» y «Área del reconocimiento de la fertilidad»<sup>16</sup> que no son términos intercambiables entre si. El primero se refiere a los métodos basados en la observación y anotación de los signos biofísicos del funcionamiento ovárico que sirven para conocer los límites del periodo fértil mediante la aplicación de unas reglas propias de cada método que se han ideado con éste propósito. Hablamos por tanto del Método Billings, del Método Creighton, del Método de la temperatura corporal basal y del método sintotérmico de doble comprobación. Mientras que el «Área del reconocimiento de la fertilidad» se refiere a un área de conocimiento y de trabajo (en clínica, en educación, en investigación etc.) en la que se usamos una terminología adecuada para ayudar a entender mejor lo esencial. Un área a través de la cuál se transmite y se aprende, en la escuela y en la universidad, en la clínica etc. el valor y el respeto a la vida humana y la paternidad responsable bien entendida. No queremos estar ni trabajar en el área de la salud y sexualidad reproductiva ni utilizar la misma terminología que ellos. Creemos que la utilización de términos adecuados ayuda a entender y a transmitir lo esencial y a no perderse en el camino. Pensamos que sirve al bien decir que nos dedicamos a tratar la infertilidad desde el área del reconocimiento de la fertilidad, o simplificar refiriéndonos al *tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad*.

Del mismo modo cuando enseñamos los MRF a matrimonios que no están buscando el embarazo por concurrir situaciones muy difíciles, decimos que les enseñamos los *métodos de reconocimiento de la fertilidad desde el área del reconocimiento de la fertilidad o de enseñar los MRF desde el reconocimiento de la fertilidad* porque no sólo se trata de enseñar los MRF sino también de formar en responsabilidad procreativa. Muchas gracias.

15 Cfr. Santa Ana Fertility care Center. "Na Pro TECNOLOGÍA": <http://nfpdoctors.org/2010/01/naprotecnologia/>. Y ver también: Sonia Ma. Crespo y Francisco J. Díaz: <http://www.revistavive.com/index.php/personaje/44-la-naprotecnologia> (22/010/2012).

16 Concepción Medialdea y José Pérez Adán. "El área del reconocimiento de la fertilidad y los métodos para reconocer la fertilidad". Concepto y terminología. Actas del I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Managua 2008. Vid. <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-EL-AREA-DEL-RECONOCIMIENTO-DE-LA-FERTILIDAD-Y-LOS-METODOS-PARA-RECONOCER-LA-FERTILIDAD-prot.pdf>



## Bibliografía

Congregación para la doctrina de la fe. *Instrucción Dignitas Personae* (08/09/2008).

IVAF. *Curso de Reconocimiento de la Fertilidad*. EIUNSA (2ª), Madrid 2001.

Medialdea Concepción y Pérez Adán José. “El área del reconocimiento de la fertilidad y los métodos para reconocer la fertilidad”. Concepto y terminología. Actas del I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Managua 2008. Vid. <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-EL-AREA-DEL-RECONOCIMIENTO-DE-LA-FERTILIDAD-Y-LOS-METODOS-PARA-RECONOCER-LA-FERTILIDAD-prot.pdf>.

Medialdea Concepción. “Terminología adecuada a propósito de los MRF y de la enseñanza desde el Área del Reconocimiento de la Fertilidad”. Actas del II Congreso internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Monterrey, México 2010. Vid: <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/Monterrey-2010-TERMINOLOG%C3%8DA-ADECUADA-APLICADA-A-LOS-MRF-Y-AL-ARF-Congreso-Monterrey-2010-prot.pdf>.

Mir I, Callejo M, Alsina M, Cabré S y Laílla JM. “infertilidad y regulación natural de la fertilidad”. Actas del V Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad, Madrid 1995.

Sánchez-Méndez JI. “Aplicaciones de los métodos de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad y la infertilidad”. Act Obstet Ginecol 1997; 9(5): 237-243.