

GINECOLOGÍA

¿FUNCIONA LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HÓMOLOGA COMO TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD?

Carolina Rivera Bedoya*

SUMMARY

Infertility is defined by the World Health Organization (WHO), as a disease of the reproductive system that occurs at the inability to achieve pregnancy after 12 months of unprotected sex. Infertility problems in the country are serious, it is estimated that it is present on approximately 10% of all couples of reproductive age (15 to 49). Artificial insemination is the only treatment of infertility in Costa Rica. The study contemplate a population of all women aged 35 to 40, who were subjected to an homologus artificial insemination cycle, at the Center

for Human Reproduction at the Adolfo Carit Eva Hospital back in 2013. The total population corresponds to 32 women patients, of which only 16%⁵ patients achieved pregnancy by artificial insemination. The incidence rate of pregnancies for 2013 in patients 35 to 40 years is 15.62%.

Keywords: infertility, homologus artificial insemination.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es “una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses

o más de relaciones sexuales no protegidas”.⁷ Sin embargo, el 85% de las parejas expuestas a un embarazo, lo logran durante el primer año de intentarlo.² En Costa Rica el estudio integral de la infertilidad nunca ha sido considerado una prioridad. Se estima que la incidencia de infertilidad en Costa Rica, se encuentra alrededor del 10% en las parejas en edad fértil.⁸ La inseminación artificial es el único tratamiento ofrecido en Costa Rica, es un procedimiento simple no invasivo y que se podría considerar poco costoso. Una revisión sistemática de los ensayos controlados aleatorios

* Médico General.

(ECA), comparan la inseminación artificial con el coito programado, indicando una probabilidad tres veces mayor de concepción con la inseminación artificial.⁹ El estudio se realizó en una población que presenta característicamente una disminución en su edad fértil, debido a que actualmente las mujeres postergan su deseo de concebir por diversas razones, dentro de las cuales se puede mencionar; aumento en la escolaridad, educación y necesidad de superación personal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo de investigación es de tipo retrospectivo, se realizó durante el año 2013. La muestra usada fue la población total; 32 pacientes, correspondientes a mujeres de 35 a 40 años a las cuales se les realizó como mínimo un ciclo de inseminación artificial homóloga. Dentro de las variables que se determinaron fueron: tipo de infertilidad, principal etiología, tasa de incidencia de embarazo así como los embarazos logrados según el número de ciclos realizados. La fuente primaria de información corresponde, a la información proveniente directamente del expediente clínico. Se utilizó una ficha de recolección de datos para el manejo de la información.

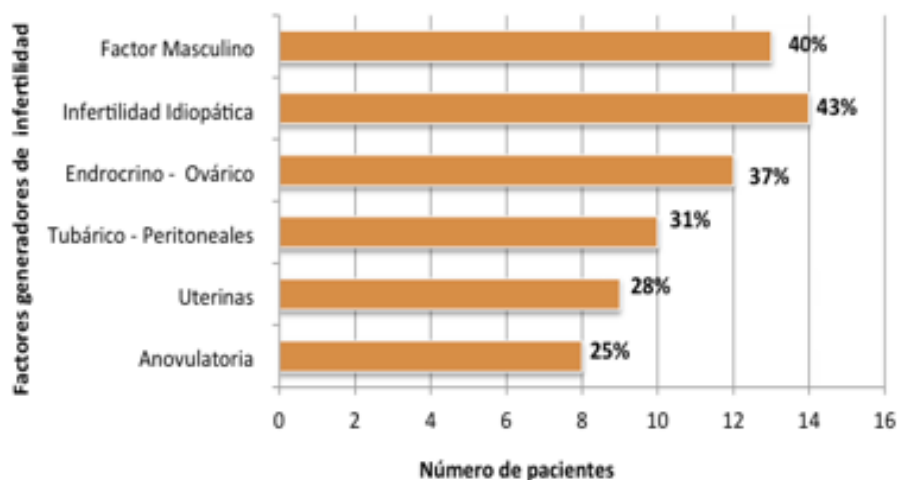
RESULTADOS

Con el desarrollo de esta investigación se logró determinar que 24 (84%) pacientes no logró un embarazo, solo se logró el objetivo con 5 (16%) de ellas. Esto conduce a una tasa de incidencia de embarazo considerablemente baja, encontrándose apenas en un 15.62%. En relación al número de ciclo en el que se encontraban las mujeres que lograron el embarazo, se encontró: 2 de ellas alcanzaron el objetivo con el primer ciclo realizado, 1 con dos ciclos y finalmente 2 con tres ciclos, ninguna logró el embarazo con el 4to y último ciclo. El tipo de infertilidad se clasifica como primaria o secundaria según si hay existencia de una gesta previa. La investigación indica que 18 (56%) pacientes presenta infertilidad primaria, y de ellas solo 1 (20%) logró el embarazo, mientras

que 14 (44%) pacientes tienen infertilidad de tipo secundaria, de las cuales 4 alcanzaron el objetivo. Es importante indicar que las pacientes no solo tienen una causa generadora de infertilidad, por lo tanto, se estimó la frecuencia del factor presentado. Por orden de frecuencia se encuentra:

1. La **Infertilidad Idiopática** presente en 14 pacientes (43%), se diagnosticó cuando se realiza todos los estudios respectivos, sin ninguna alteración.
2. El **Factor masculino** presente no fue nada despreciable, 13 (40%) parejas presentan alteraciones en el espermograma.
3. El **Factor endocrino-ovárico** se encontró en 12 (37%) pacientes: la tiroiditis crónica se encuentra en primer lugar, seguida por la hiperprolactinemia, y por

Frecuencia de los factores causantes de infertilidad en las pacientes de Centros de Reproducción Humana durante el año 2013



último, el hipotiroidismo y la obesidad.

4. El **Factor tubárico - peritoneales** esta presente en 10 (31%) pacientes: únicamente, se presento con endometriosis, una patología frecuente y de alta complejidad.
5. El **Factor uterino** presente en 9 (28%) pacientes : la estenosis cervical se encontró en 6 (50%). En segundo lugar, se encuentra la obstrucción tubárica unilateral en 3 (25%) pacientes . En tercer lugar, se encuentran los pólipos endometriales en 2 (17%), y por último, está la miomatosis uterina en 1 (8%) paciente.
6. **Factor anovulatorio** se encontró en 8 (25%) pacientes: envuelve dos patologías; la principal encontrada es la poliquístosis ovárica 7 (87%), y la falla ovulatoria oculta en solo 1 (13%) paciente.

CONCLUSIONES

Si puede determinar que la inseminación artificial no es un tratamiento tan funcional como se hubiera esperado, la tasa de incidencia de embarazo en mujeres de 35 a 40 años para el 2013 fue de 15.62% . El embarazo fue más frecuentemente alcanzado en pacientes con gestas previas, es decir infertilidad de tipo secundaria, por lo tanto

se puede determinar que ellas aumentan sus probabilidades de embarazo en una relación de 4:1 mediante inseminación artificial, en comparación a las pacientes sin antecedentes obstétricos. También se pudo determinar que, ninguna mujer dentro del estudio logró el embarazo en el último ciclo estimulado de inseminación artificial, de manera que se podría considerar realizar cambios en el protocolo.

RECOMENDACIONES

1. Considerar la infertilidad como prioridad, e implementar las medidas necesarias para poder realizar técnicas de reproducción asistida lo mas temprano posible.
2. Iniciar a las pacientes con infertilidad de tipo primaria y nunca gestantes con un protocolo que abarque como manejo la Fertilización In Vitro, y las pacientes con infertilidad de tipo secundaria con inseminación artificial.
3. Hacer modificaciones en el protocolo de manejo de infertilidad, para que se realicen únicamente 3 ciclos de inseminación artificial, con la finalidad de ahorrar recursos.
4. Realizar más investigaciones acerca de la infertilidad para determinar el manejo mas apropiado en Costa Rica.

RESUMEN

La infertilidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como, una enfermedad del sistema reproductivo que ocurre ante la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección. El problema de infertilidad en el país es serio, se estima que aproximadamente lo presenta un 10% de todas las parejas en edad reproductiva (15 y 49 años). La inseminación artificial es el único tratamiento de la infertilidad en Costa Rica. El estudio contempla una población compuesta por todas las mujeres de 35 a 40 años, que fueron sometidas a algún ciclo de inseminación artificial homóloga, en el Centro de Reproducción Humana del Hospital Adolfo Carit Eva, durante el año 2013. La población total corresponde a 32 pacientes, de las cuales solo el 16% (5) pacientes lograron el embarazo por medio de inseminación artificial. La tasa de incidencia de embarazos para el año 2013 en las pacientes de 35 a 40 años es de 15.62%.

Descriptor: infertilidad, inseminación artificial homóloga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren, KG. International estimates of infertility prevalence

- and treatment seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007; 22(6):1506-1512.
2. Bongaarts J. A method for estimation of fecundability. *Demography* 1975;12:645-60.
 3. Cohlen, BJ. Should we continue performing intrauterine inseminations in the year 2004. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2005; 27(59):3-13.
 4. Custers IM, Steures P, Hompes P, Flierman P, van Kasteren Y, van Dop PA, van der Veen F, Mol BW. Intrauterine insemination: how many cycles should we perform? *Hum Reprod*. 2008;23:885-8.
 5. Eshre Capri Workshop Group. Diagnosis and management of the infertile couple: missing information. *Hum Reprod Update*. 2004;10:295-307.
 6. Eshre Capri Work shop Group. Intrauterine Insemination, Human Reproduction Update 2009; 1 (1): 1-13.
 7. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)
 8. Gordon, J.D., J. Rydfors, M. Druzin, Y. Tadir, Y. El-Sayed, J. Chan, D. Lebovic, E. Langen y K. Fuh. 2007. *Obstetrics, gynecology and infertility*. 6ed. Scrub-Hill Press, Virginia, EEUU.
 9. Hughes 1998: Hughes EG, Collins JA, Gunby J. A randomized controlled trial of three low dose gonadotrophin protocols for un explained infertility. *Human Reproduction* 1998;13(6):1527-31.
 10. Jones Jr. HW, Cooke I, Kempers.R, Brinsden.P, Sounders.D. nternational Federation of Fertility Societies Surveillance 2010. *Fertil and Steril* 2010; 95 (2): 491.
 11. Levene MI, Wild J, Steer P. Higher multiple birth and the modern management of infertility in Britain. *The British Association of Perinatal Medicine. Br J Obstet Gynecol*. 1992;99(7):607-13.
 12. M. Diego, Diagnóstico de la infertilidad, estudio de la pareja infértil. *Unidad de Medicina Reproductiva. Clínica de la Mujer, Viña del Mar. Rev. Med. Clin. Condes - 2010; 21(3) 363 – 367.*
 13. Royere D. Intrauterine insemination: state of the art in humans. *Gynécologie, obstétrique & fertilité* 2004 Oct; 32 (10): 873-9. Sun W, Stegmann BJ, Henne M, Catherino WH and Segars JH. A new approach to ovarian reser.