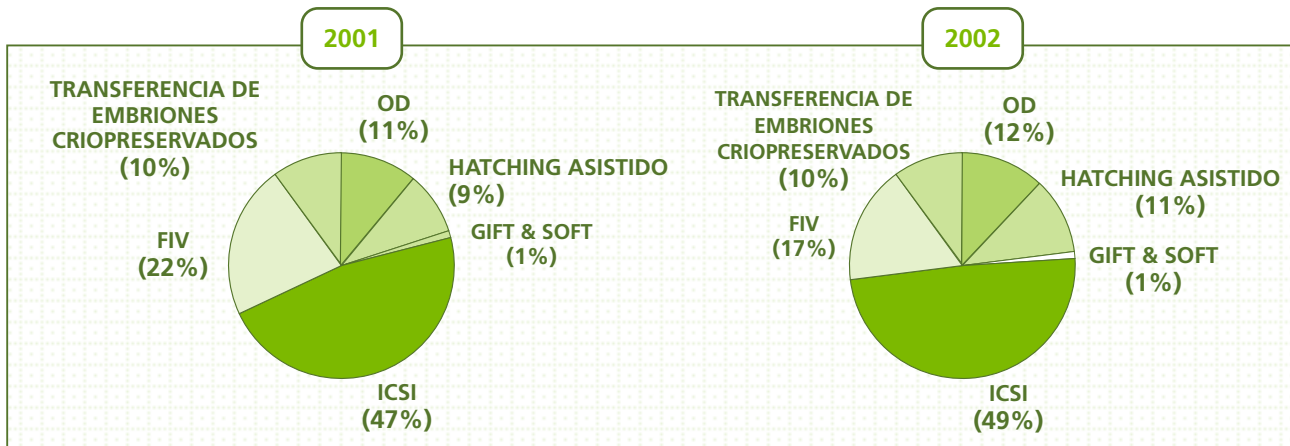


## RESULTADOS PARA LATINOAMÉRICA - AÑO 2002

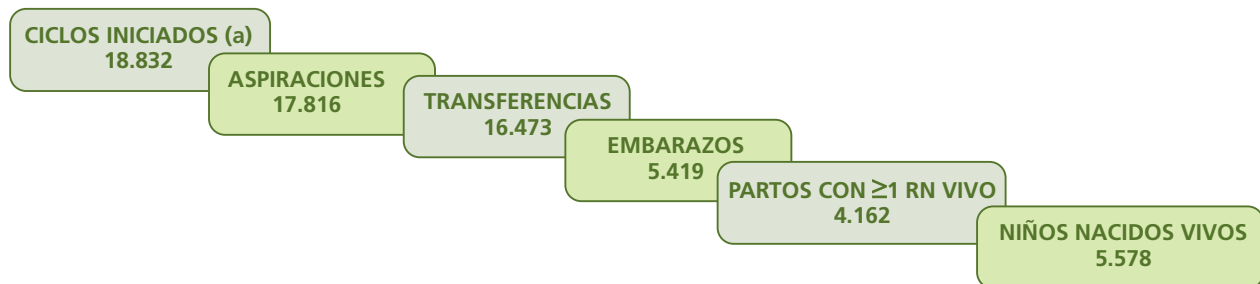
### 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA SEGÚN EL NÚMERO DE TRANSFERENCIAS REALIZADAS



Esta distribución incluye transferencias realizadas para el total de procedimientos reportados al RLA (transferencia de embriones frescos, descongelados y con Ovodonación).

Para conocer la distribución de procedimientos en que solamente hubo transferencia de embriones frescos, puede referirse a la [página 22](#).

### 2. NÚMERO TOTAL DE PROCEDIMIENTOS REPORTADOS AL RLA, 2002



a) Incluye ciclos iniciados de FIV, GIFT, ICSI, Hatching Asistido + transferencia de embriones criopreservados y con ovodonación (ver [página 23](#)).

\*  $\square$  32.9% (5419/16473) de las transferencias terminaron en embarazo.

\*  $\square$  76.8% (4162/5419) de los embarazos terminaron en parto con  $\geq 1$  RN vivo.

\*  $\square$  De los 17816 procedimientos nacieron 5578 niños vivos; 2832 (50.8%) únicos, 2017 gemelares (36.2%), 664 triple (11.8%) y 65 cuádruple (1.2%).

Para conocer una descripción más detallada del número de procedimientos y sus resultados, puede referirse a la [página 23](#).

### 3. EFECTO DE LA EDAD DE LA MUJER EN LOS RESULTADOS

En los últimos 5 años, el número de mujeres menores de 35 años ha disminuido (52.6% a 51.5%) y han aumentado las mujeres de  $\geq 40$  años (13.2% a 14.5%) ([página 25](#)).

La tasa de embarazo y/o implantación se ve disminuida a medida que aumenta la edad de la mujer. Esto se ve reflejado en reproducción asistida con transferencia de embriones frescos y con transferencia de embriones que han sido expuestos a congelación ([página 40](#)) ([páginas 30, 31](#)).

El efecto de la edad de la mujer parece ser dependiente mayoritariamente de los embriones ya que la edad de la receptora no influye en las tasas de embarazo con ovocitos de donante ([página 45](#)).

Si bien el tipo de procedimiento usado en mujeres  $\geq 40$  años no ha sido distribuido al azar, la tasa de implantación en estas mujeres se ve favorecido con el Hatching Asistido (página 31).

#### 4. EFECTO DE CATEGORÍA DIAGNÓSTICA EN LAS TASAS DE EMBARAZO

La categoría diagnóstica reportada con mayor frecuencia fue "Otras femeninas" (31.7%) seguido por "Tubaria" (29.8%), "Múltiples" (16.9%), "Inexplicado" (11.3%) y "Masculina" (10.2%).

Si bien no se ha estandarizado los criterios para definir cada categoría diagnóstica, en general, la causa de infertilidad no parece influir en los resultados terapéuticos (página 28).

#### 5. EFECTO DEL NÚMERO DE EMBRIONES TRANSFERIDOS EN LA TASA DE EMBARAZO

La media del número de embriones transferidos, 3.1, no ha disminuido significativamente respecto de años precedentes.

La tasa de embarazo clínico aumenta significativamente al transferir 2 embriones sobre 1, 3 embriones sobre 2 e incluso 4 embriones sobre 3. Esto es aplicable tanto a embriones frescos como a embriones criopreservados (páginas 30, 40).

El impacto del número de embriones transferidos en términos de multigestación puede verse en páginas 34, 35.

#### 6. DÍA DE LA TRANSFERENCIA EMBRIONARIA Y TASA DE EMBARAZO

La mayor parte de las transferencias se realizan a las 72 horas de cultivo *in vitro*. Esto es dado fundamentalmente por la proporción mayor de ICSI e ICSI+Hatching Asistido (página 26).

Si bien en mujeres menores de 40 años, la tasa de embarazo es mayor al transferir a las 72 horas comparado con transferir a las 48 horas (página 28), este beneficio debe ser re-evaluado ya que la decisión de transferir a las 48 ó 72 horas ha sido establecido al azar. De esta manera, el beneficio de transferir a la 72 horas debe ser considerado con cautela.

## TENDENCIAS EN LA REGIÓN

Este informe reúne resultados del año 2002, provenientes de 101 centros distribuidos en 11 países (páginas 21 y 22). Por primera vez, participa República Dominicana con un total de 22 ciclos y se ausenta Bolivia que históricamente (desde 1992), llegó a reportar más de 50 ciclos.

Brasil, Argentina y México siguen siendo los países con mayor contribución de número de ciclos reportados, representando el 50.1%, 19.0% y 10.0% de los ciclos realizados en el año 2002. Cada uno del resto de los países contribuye con menos de un 5.5% de los procedimientos (para el año 2001 fue 7%).

#### 1. NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

El número total de procedimientos reportados durante los últimos 2 años se ha estabilizado. Hubo 4 centros que habiendo reportado en el año 2001 suspendieron su actividad clínica en el año 2002. Los datos correspondientes a 7 centros (1 de Argentina; 1 de Bolivia, 2 de Brasil, 1 de Colombia y 2 de México) que son parte del RLA y que representan aproximadamente 700 ciclos, no fueron incluidos en este reporte por variadas razones.

Además de lo anterior, existen factores socio económicos que afectan la región y que influyen en el número de procedimientos totales. En países como Brasil, el aumento en el número de ciclos se debe a la incorporación de nuevos centros. Sin embargo, si se mantienen constantes los centros que reportan en el año 2001 y 2002, se observa una disminución de 3.6% en el número de procedimientos realizados por esos centros.

## 2. TASAS DE EMBARAZO & PARTO POR ASPIRACIÓN

La tasa de embarazo por aspiración, tanto en FIV como en ICSI, ha ido en incremento, siendo significativamente mayor en el año 2002 que en los años precedentes ( $p < 0.001$  respectivamente) (página 29).

La tasa de parto por aspiración también experimenta un aumento significativo en los últimos 5 años, sin embargo, en el intervalo 2001-2002 el aumento es sólo significativo para ICSI ( $p < 0.001$ ).

Las tasas de embarazo y parto no son, por si solas, marcadores de eficiencia terapéutica. De hecho, las tasas de multigestación se han mantenido en niveles muy elevados (página 36).

## 3. EVOLUCIÓN DE LOS PARTOS

Al desglosar la tasa de partos con 1 recién nacido vivo por transferencia en 2002 (26.1%), se aprecia que 17.9% corresponde a partos únicos, 6.5% a partos gemelares y 1.5% a partos triples (página 38). Esta distribución no ha cambiado mayormente respecto al 2001 (16.8%, 5.8% y 1.6% respectivamente).

## 4. MULTIGESTACIÓN GLOBAL FIV E ICSI

La tasa global de multigestación para el año 2002 (30.4%) continúa en niveles muy elevados. En los últimos 10 años, la multigestación extrema (triples y cuádruples) persiste entre 7 y 8.2% de los embarazos (página 36).

Como se aprecia en la página 35, la multigestación extrema puede llegar a 13.9% al transferir 4 embriones en mujeres menores de 35 años.

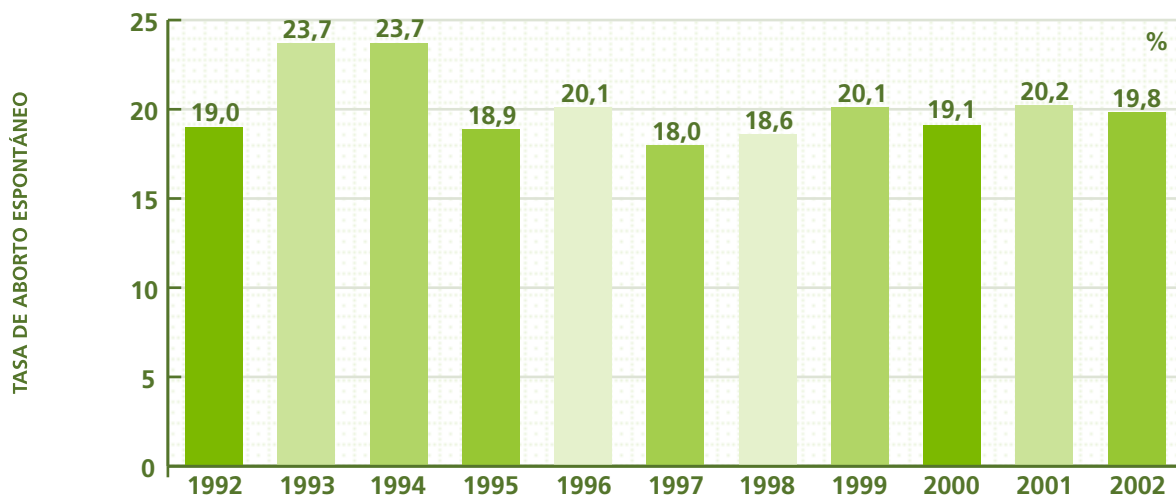
En general, a lo largo de los años (2000-2003), se ha visto una disminución muy leve en el número de embriones transferidos, con una media de 3.2, 3.2 y 3.1 respectivamente y mediana de 3.1, 3.1 y 2.9 respectivamente.

Lo anterior se traduce en que 48.3% de los bebés han nacido de partos gemelares, triples, etc. con los consiguientes riesgos derivados de prematuridad (página 36).

El severo impacto de los partos múltiples puede verse en la página 37, con una mortalidad perinatal 5 veces mayor en gemelares, 15 veces mayor en triples y 32 veces mayor en partos de gestaciones cuádruples.

## 5. ABORTO ESPONTÁNEO

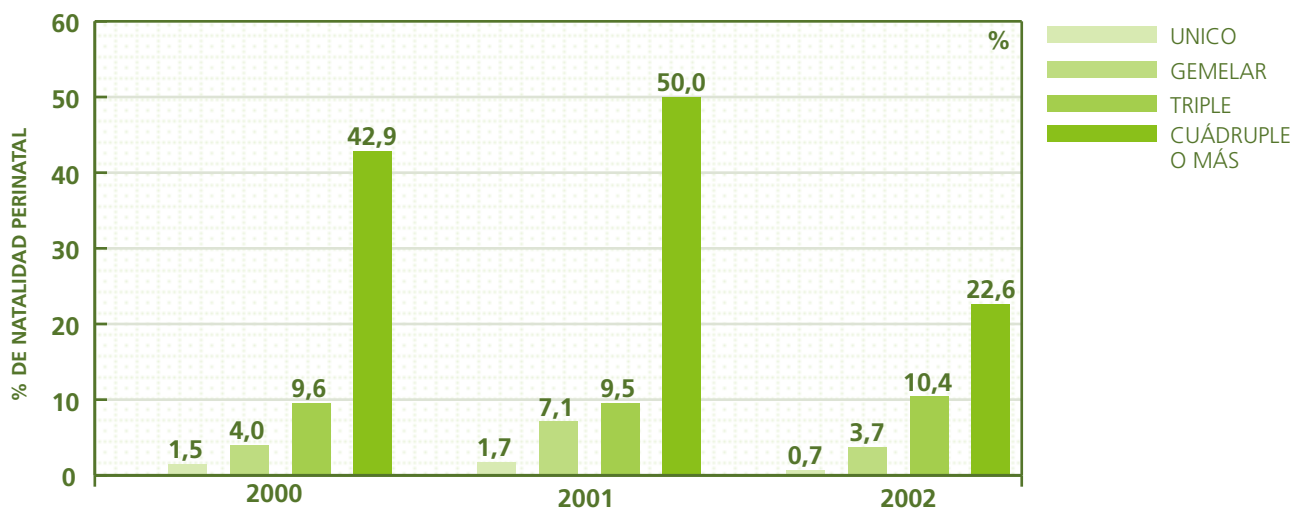
La tasa de aborto no ha cambiado en los últimos 8 años a pesar de las mejoras en las condiciones técnicas y ambientales (medios de cultivo, calidad de aire, etc.).



Es razonable deducir que la mayor proporción de pérdidas embrionarias en comparación con gestaciones en mujeres sanas y fértiles se debe a múltiples factores entre las que destacan la edad de la mujer (casi un 50% de mujeres mayores de 35 años, 14.5%  $\geq$ 40 años) (página 25) y el hecho irrenunciable que las parejas que acceden a reproducción asistida son, en general, personas con mayor número de patologías que no han logrado un embarazo con metodología de menor complejidad.

A pesar de lo anterior, vale la pena señalar que la proporción de abortos varía considerablemente en relación a la tecnología empleada (ICSI, Criopreservación, Hatching Asistido, etc.) (página 37).

## 6. MORTALIDAD PERINATAL



Datos corresponden a procedimientos de FIV, GIFT, Micromanipulación y OD. En el año 2002 se reporta además, Hatching Asistido.

Los índices de mortalidad perinatal (MPN) han mejorado notablemente en los últimos 3 años. En el presente reporte, la MPN en partos únicos bajó un 59% respecto del año 2001 y en partos gemelares un 48%.

Esto probablemente representa mejores cuidados perinatales. La baja en MPN en cuádruples se debe probablemente a un número limitado de casos (40 casos en el año 2001 vs 19 casos en el año 2002).