



Indicaciones cuestionables de inseminación artificial homóloga en el SNS

Dra. Ana Monzó. Grupo de Interés de Centros Públicos de la SEF

Introducción

Según datos del Registro SEF de 2014, no se observan grandes diferencias entre centros públicos y privados en las tasas de gestación tras inseminación homóloga (IAC) ni con semen de donante (IAD). La tasa de gestación en IAC es 2% menor en los públicos, (12% frente a 14%) y los centros privados reportan un tasa de abortos en IAD inferior a la observada en centros públicos (13% frente a 20%).

Indicaciones discutibles de inseminación artificial homóloga

- Edad de la mujer
- Factor masculino moderado
- Endometriosis en estadios I-II
- Factor tubárico unilateral

Edad de la mujer

Según el artículo 5.3.8.3 de la Orden SSI/2014 que publica la cartera común básica de servicios comunes en el Sistema Nacional de Salud, solo se incluyen mujeres menores de 38 años para la realización de inseminación artificial con semen de la pareja y se realizan un máximo de 4 ciclos de tratamiento.

Factor masculino moderado

La mayor parte de los estudios publicados son retrospectivos, aunque las series de pacientes más numerosas consideran como determinantes de embarazo los recuentos de espermatozoides móviles tras capacitación (REMC) mayores de 2-5 millones y la edad de la mujer menor de 39-40 años. Tabla 1.

Referencia	Diseño	Parejas (ciclos)	Determinantes embarazo
Campana et al, 1996	Retrospectivo	332 (1115)	REMC >1M, <39 años
Hendin et al, 2000	Retrospectivo	533 (1728)	MotF >40%, <38 años
Khalil et al, 2001	Retrospectivo	893 (2473)	REMC >5M
Stone et al, 1999	Retrospectivo	3200 (9963)	REMC >2M
Van der Westerlaken et al, 1998	Retrospectivo	566 (1763)	REMC >2M

Tabla 1. Determinantes de embarazo en IAC. Revisión de la literatura

En una revisión de Cochrane publicada por Bendsorp y cols. en 2007 (1) se concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar IAC en casos de factor masculino moderado.

Una publicación más reciente de Thijssen y cols (2) en una cohorte prospectiva concluye que la edad de las pacientes mayor de 30 años, el tabaquismo en el hombre, la infertilidad primaria y el REMC menor de 5 millones influyen negativamente en la probabilidad de embarazo.

En un análisis mediante curvas ROC de las inseminaciones realizadas en el Hospital Universitario de Canarias los puntos de corte son un REM en fresco mayor de 30 millones y REMC >7,155 millones de espermatozoides, con una sensibilidad del 70% y con significación estadística.

Endometriosis estadíos I-II

Con las limitaciones de los estudios retrospectivos, el análisis de la literatura concluye que la estimulación ovárica y la IAC tras la realización de una laparoscopia aumenta la probabilidad de embarazo frente al tratamiento expectante en las endometriosis I-II siempre que el tratamiento se realice en los primeros meses tras la cirugía. Tabla 2.

Referencia	Diseño	Intervención	Tasa gestación
Tummon et al, 1997	Prospectivo randomizado	IIU vs expectante tras LPS	11% vs 2%
Werbrouck et al, 2006	Retrospectivo de cohorte (EOD)	IIU tras LPS	21% Endometriosis I-II vs 20,5% en EOD
Gandhi et al, 2014	Retrospectivo de cohorte Estadíos I a IV	IIU vs expectante tras LPS 12 m	45,7% vs 45 % en estadíos I-II
Centros Públicos SEF (2011-15)	Retrospectivo multicéntrico observacional	IIU en 7 centros	7,9% (33/417)

Tabla 2. IIU en endometriosis. Revisión de la literatura y resultados en 7 Centros Públicos de España

Factor tubárico unilateral

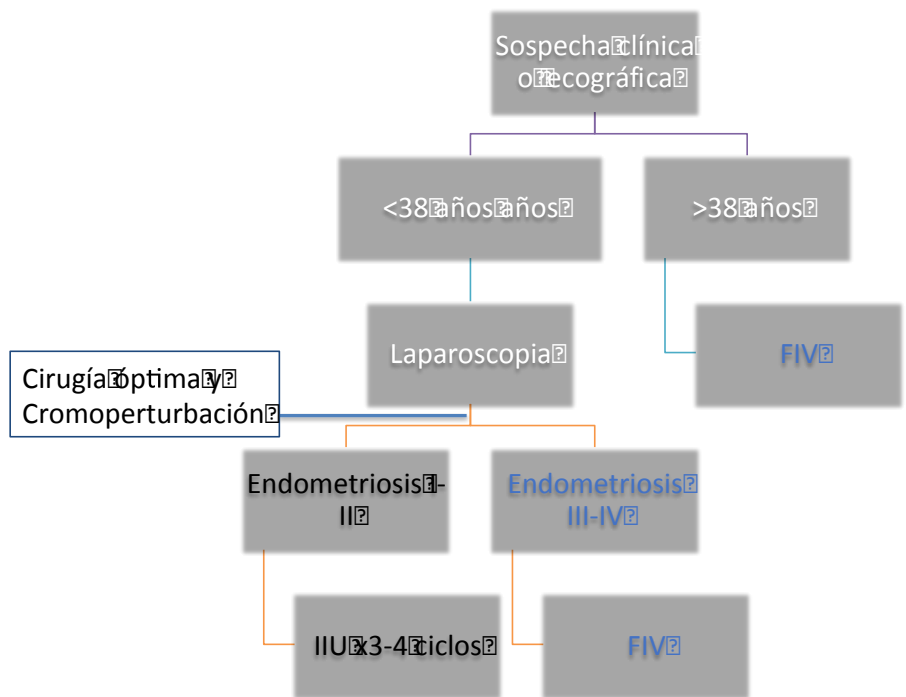
Se deben considerar los antecedentes de cirugía pélvica que determinan menor probabilidad de conseguir gestación en casos de obstrucción tubárica unilateral. Asimismo, la localización de la obstrucción, siendo las obstrucciones distales las de peor pronóstico.

Según datos retrospectivos recopilados en 505 ciclos de IAC en 7 centros públicos españoles, la tasa de gestación en IAC con obstrucción unilateral es de **9,5%** por ciclo, con una variabilidad entre centros de 4,9% a 21,7%.

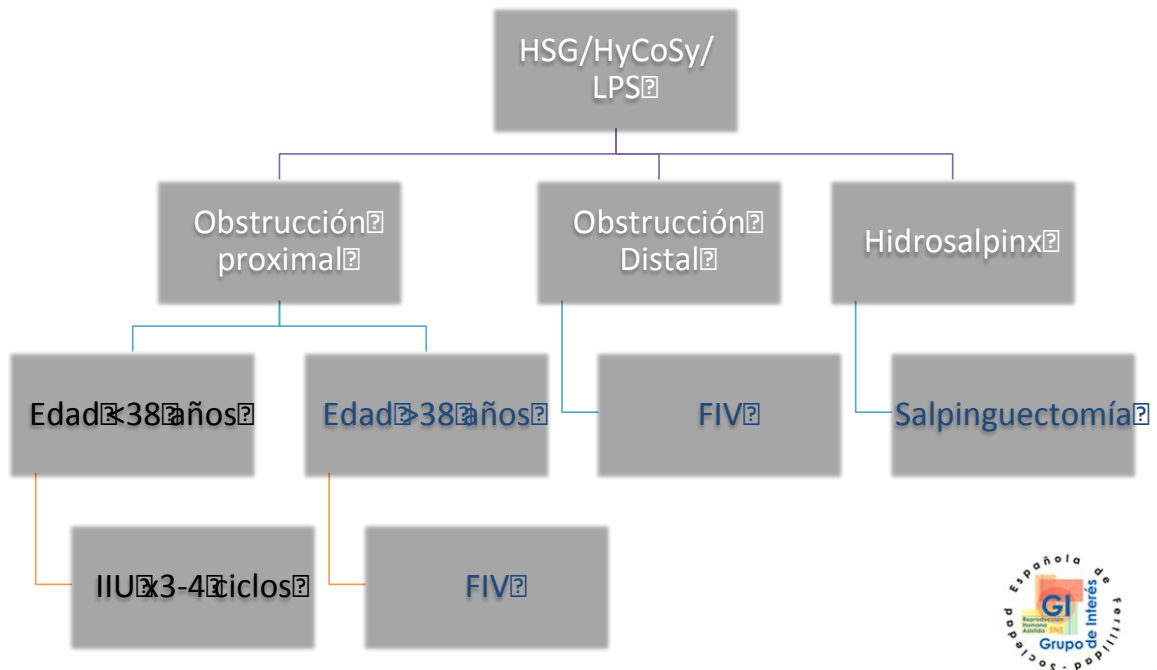
Recomendaciones del Grupo de Interés de Centros Públicos de la SEF

- En casos de **factor masculino moderado**, cada centro debe establecer sus puntos de corte basados en curvas ROC y eliminando sesgos relacionados con edad, tiempo de esterilidad... o en ensayos clínicos randomizados. Los requerimientos mínimos son:
 - o >10 millones de espermatozoides móviles totales en fresco
 - o >30% de motilidad progresiva en fresco
 - o >5 millones de espermatozoides móviles tras capacitación (REMC)
- En casos de **endometriosis I-II**, en mujeres menores de 38 años, la IIU está indicada siempre que la cirugía sea óptima, se compruebe permeabilidad tubárica bilateral y los tratamientos se realicen en los primeros meses tras la cirugía. En otros casos, la indicación más efectiva es la FIV. Algoritmo 1
- En casos de **factor tubárico unilateral**, la IIU está indicada si la obstrucción es proximal y la mujer es menor de 38 años. En otros casos, la indicación más efectiva es la FIV. Si existe hidrosálpinx, la conducta debe ser salpingectomía previa a FIV. Algoritmo 2

Recomendaciones en endometriosis



Recomendaciones en factor tubárico unilateral



1. Bendsorp AJ, Cohlen BJ, Heineman MJ, Vandekerckhove P. Intra-uterine insemination for male subfertility. Cochrane Data- base Syst Rev 2007(4):CD000360.
2. Thijssen A, Creemers A, Van Der Elst V, Creemers E, Vandormael E, Dhont N, Ombelet W. Predictive value of different covariates influencing pregnancy rate following intrauterine insemination with homologous semen: a prospective cohort study. RBM Online, 2017